
Rio de Janeiro, 04 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190612771

Vítima: JOSE CAIQUE DA SILVA

Data do Acidente: 04/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CAIQUE 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, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190612771 Vítima: JOSE CAIQUE DA SILVA

Data do Acidente: 04/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE CAIQUE DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 31 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190612771 Vítima: JOSE CAIQUE DA SILVA

Data do Acidente: 04/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE CAIQUE DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190612771 Vítima: JOSE CAIQUE DA SILVA

Data do Acidente: 04/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE CAIQUE DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos relatórios e demais documentos de todo tratamento médico realizado em internação/ambulatorial, inclusive cirúrgico, se houver, com a alta médica definitiva, pois não foram entregues. A documentação médica deverá indicar os procedimentos adotados, a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190612771

Vítima: JOSE CAIQUE DA SILVA

Data do Acidente: 04/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CAIQUE DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 20/05/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	112.462.184-96	JOSÉ CAIQUE DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
JOSÉ CAIQUE DA SILVA	112.462.184/96	
Profissão:	Endereço:	Número:
REC INF	RUA DAS ANGELICAS	61
Bairro:	Cidade:	Estado:
CENTRO	TAQUARITINGA DO NORTE	PE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	53790-000	(81) 9665-0454

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

REDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: 1038 CONTA: 52298 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: TAQUARITINGA DO NORTE/PE

Nome: JOSÉ CAIQUE DA SILVA

CPF: 112.462.184-96

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

José Caique da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE -
DP130ªCIRC DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **19E0220000148**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/03/2019** às **15:00**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **4/1/2019** às **10:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 01, PE 130 - TREVO DE ACESSO TAQUARITINGA - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO /BRASIL**

Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
RUTH MARIA DE FIGUEIREDO DIAS ARAUJO (OUTRO)
JOSÉ CAIQUE DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSÉ CAIQUE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSÉ DA SILVA Pai: JOSÉ ROBERTO DE LIMA Data de Nascimento: 29/1/1994 Naturalidade: TAQUARITINGA DO NORTE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9285638/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: OPERADOR Telefones Celulares: - 91589603

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 61, RUA DAS ANGELICAS - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

RUTH MARIA DE FIGUEIREDO DIAS ARAUJO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

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

HONDA/BIZ 125 ES (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RUTH MARIA DE FIGUEIREDO DIAS ARAUJO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ CAIQUE DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEQ7129 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

A VITIMA RELATA QUE ESTAVA CONDUZINDO O VEICULO DE PLACA PEQ 7129, PELA PE 130 PROXIMO AO TREVO QUE DA ACESSO A CIDADE DE TAQUARITINGA, QUANDO TEVE UM MAL SUBITO, PERDENDO ASSIM O CONTROLE DO VEICULO E CAINDO, SOFRENDOS LESOES PELO CORPO. SENDO SOCORRIDO AO HOSPITAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA É O QUE SE CUMPRE REGISTRAR.

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

Jose Caique da Silva
JOSE CAIQUE DA SILVA
(VITIMA)

Rodrigo
B.O. registrado por: RODRIGO DE JESUS LIMA - Matrícula: 3874877



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	112.462.184-96	JOSÉ CAIQUE DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
JOSÉ CAIQUE DA SILVA	112.462.184/96	
Profissão:	Endereço:	Número:
REC INF	RUA DAS ANGELICAS	61
Bairro:	Cidade:	Estado:
CENTRO	TAQUARITINGA DO NORTE	PE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	53790-000	(81) 9665-0454

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

REDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: 1038 CONTA: 52298 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: TAQUARITINGA DO NORTE/PE

Nome: JOSÉ CAIQUE DA SILVA

CPF: 112.462.184-96

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

José Caique da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



FUNDATA

Fundação Municipal de Saúde de Taquaritinga do Norte
Mantenedora do HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CNPJ-01.683.480/0001-03

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o **Sr. José Caique da Silva**, nascido 29 de janeiro 1994, deu entrada neste hospital no dia 04 de janeiro de 2019 em caráter de urgência, Vítima de acidente de trânsito, conforme consta em nosso arquivo ficha ambulatorial N°3197 em anexo.

Taquaritinga do Norte, 15 de fevereiro de 2019.


Eduardo J. A. Prates
Presidente Fundata
MAT 000602

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: 27/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CAIQUE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01038

CONTA: 000000052298-0

Nr. da Autenticação 534A1D31AEBF6388



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Celpe - Geração de Energia Elétrica
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50020-902
CNPJ 10.035.832/0001-08 | Insc. Est. 0005943-00 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
NIZELIA MARIA DE LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DAS APPLICAÇÕES 81

CPF: 009.286.564-06

CENTROVIA QUARITINGA DO NORTE
TAQUARITINGA DO NORTE PE
55790-000

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO 2014561024 MÊS 01/2019

DATA DE VENCIMENTO 31/01/2019 DATA DE EMISSÃO 21/02/2019

Nº DA NOTA FISCAL 048147209 SERIE 048147209 EMISSÃO 24/01/2019

APRESENTAÇÃO 24/01/2019 Nº DO CLIENTE 200186400 Nº DA INSTALAÇÃO 3042308

TOTAL A PAGAR (R\$) 47,89

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	57,0000000	0,71979022	41,00
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,58
ICMS Subvenção CDE-Nº 039898303-21/11/18			0,29
PRO-CRANÇA (081)3413-6960 0003 031 6989			3,00
TOTAL DA FATURA			47,89

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO TESTE NOTA FISCAL									
Nº DO MÊS	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)	
		21/01/2019	21/01/2018	21/01/2019	DIAS	1.00000		57,00	

REFERENCIAL DE CONSUMO		REFERENCIAL DE TENDÊNCIA			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
JAN 18	57	ICMS PIB COFINS	BASE DE CÁLCULO	%	SALDO DO IMPOSTO	Geração de Energia	R\$ 13,28	28,40%
FEV 18	44		47,34	26,00	12,53	Transmissão	R\$ 1,37	2,86%
MAR 18	52		41,01	0,43	0,19	Distribuição (Celpe)	R\$ 9,21	19,45%
ABR 18	60		41,00	1,09	0,86	Perdas de Energia	R\$ 2,90	6,07%
MAY 18	64					Proteção de Segurança	R\$ 2,37	5,00%
JUN 18	64				Tributos	R\$ 11,28	23,50%	
JUL 18	64				Total	R\$ 40,82	100%	
AGO 18	64							
SET 18	64							
OCT 18	64							
NOV 18	64							
DEZ 18	64							
JAN 19	64							
FEB 19	64							
MAR 19	64							
ABR 19	64							
MAY 19	64							
JUN 19	64							
JUL 19	64							
AGO 19	64							
SET 19	64							
OCT 19	64							
NOV 19	64							
DEZ 19	64							
JAN 20	64							
FEB 20	64							
MAR 20	64							
ABR 20	64							
MAY 20	64							
JUN 20	64							
JUL 20	64							
AGO 20	64							
SET 20	64							
OCT 20	64							
NOV 20	64							
DEZ 20	64							
JAN 21	64							
FEB 21	64							
MAR 21	64							
ABR 21	64							
MAY 21	64							
JUN 21	64							
JUL 21	64							
AGO 21	64							
SET 21	64							
OCT 21	64							
NOV 21	64							
DEZ 21	64							
JAN 22	64							
FEB 22	64							
MAR 22	64							
ABR 22	64							
MAY 22	64							
JUN 22	64							
JUL 22	64							
AGO 22	64							
SET 22	64							
OCT 22	64							
NOV 22	64							
DEZ 22	64							
JAN 23	64							
FEB 23	64							
MAR 23	64							
ABR 23	64							
MAY 23	64							
JUN 23	64							
JUL 23	64							
AGO 23	64							
SET 23	64							
OCT 23	64							
NOV 23	64							
DEZ 23	64							
JAN 24	64							
FEB 24	64							
MAR 24	64							
ABR 24	64							
MAY 24	64							
JUN 24	64							
JUL 24	64							
AGO 24	64							
SET 24	64							
OCT 24	64							
NOV 24	64							
DEZ 24	64							
JAN 25	64							
FEB 25	64							
MAR 25	64							
ABR 25	64							
MAY 25	64							
JUN 25	64							
JUL 25	64							
AGO 25	64							
SET 25	64							
OCT 25	64							
NOV 25	64							
DEZ 25	64							
JAN 26	64							
FEB 26	64							
MAR 26	64							
ABR 26	64							
MAY 26	64							
JUN 26	64							
JUL 26	64							
AGO 26	64							
SET 26	64							
OCT 26	64							
NOV 26	64							
DEZ 26	64							
JAN 27	64							
FEB 27	64							
MAR 27	64							
ABR 27	64							
MAY 27	64							
JUN 27	64							
JUL 27	64							
AGO 27	64							
SET 27	64							
OCT 27	64							
NOV 27	64							
DEZ 27	64							
JAN 28	64							
FEB 28	64							
MAR 28	64							
ABR 28	64							
MAY 28	64							
JUN 28	64							
JUL 28	64							
AGO 28	64							
SET 28	64							
OCT 28	64							
NOV 28	64							
DEZ 28	64							
JAN 29	64							
FEB 29	64							
MAR 29	64							
ABR 29	64							
MAY 29	64							
JUN 29	64							
JUL 29	64							
AGO 29	64							
SET 29	64							
OCT 29	64							
NOV 29	64							
DEZ 29	64							
JAN 30	64							
FEB 30	64							
MAR 30	64							
ABR 30	64							
MAY 30	64							
JUN 30	64							
JUL 30	64							
AGO 30	64							
SET 30	64							
OCT 30	64							
NOV 30	64							
DEZ 30	64							
JAN 31	64							
FEB 31	64							
MAR 31	64							
ABR 31	64							
MAY 31	64							
JUN 31	64							
JUL 31	64							
AGO 31	64							
SET 31	64							
OCT 31	64							
NOV 31	64							
DEZ 31	64							
JAN 32	64							
FEB 32	64							
MAR 32	64							
ABR 32	64							
MAY 32	64							
JUN 32	64							
JUL 32	64							
AGO 32	64							
SET 32	64							
OCT 32	64							
NOV 32	64							
DEZ 32	64							
JAN 33	64							
FEB 33	64							
MAR 33	64							
ABR 33	64							
MAY 33	64							
JUN 33	64							
JUL 33	64							
AGO 33	64							
SET 33	64							
OCT 33	64							
NOV 33	64							
DEZ 33	64							
JAN 34	64							
FEB 34	64							
MAR 34	64							
ABR 34	64							
MAY 34	64							
JUN 34	64							
JUL 34	64							
AGO 34	64							
SET 34	64							
OCT 34	64							
NOV 34	64							
DEZ 34	64							
JAN 35	64							
FEB 35	64							
MAR 35	64							
ABR 35	64							
MAY 35	64							
JUN 35	64							
JUL 35	64							
AGO 35	64							
SET 35	64							
OCT 35	64							
NOV 35	64							
DEZ 35	64							
JAN 36	64							
FEB 36	64							
MAR 36	64							
ABR 36	64							
MAY 36	64							
JUN 36	64							
JUL 36	64							
AGO 36	64							
SET 36	64							
OCT 36	64							
NOV 36	64							
DEZ 36	64							
JAN 37	64							
FEB 37	64							
MAR 37	64							
ABR 37	64							
MAY 37	64							
JUN 37	64							
JUL 37	64							
AGO 37	64							
SET 37	64							
OCT 37	64							
NOV 37	64							
DEZ 37	64							
JAN 38	64							
FEB 38	64							
MAR 38	64							
ABR 38	64							
MAY 38	64							
JUN 38	64							
JUL 38	64							
AGO 38	64							
SET 38	64							
OCT 38	64							
NOV 38	64							
DEZ 38	64							

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 EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 074.940.534 / 68,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE CAIQUE DA SILVA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 112.462.184 / 96, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
JOSE CAIQUE DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.462.184 / 96, 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 JOÃO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email <u>AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 9665-0454</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 8133-5022</u>

SURUBIM/PE, 21 de MARÇO de 2019
Local e Data



Assinatura do Declarante



FUNDATA

Fundação Municipal de Saúde de Taquaritinga do Norte
Mantenedora do HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CNPJ-01.683.480/0001-03

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o **Sr. José Caique da Silva**, nascido 29 de janeiro 1994, deu entrada neste hospital no dia 04 de janeiro de 2019 em caráter de urgência, Vítima de acidente de trânsito, conforme consta em nosso arquivo ficha ambulatorial N°3197 em anexo.

Taquaritinga do Norte, 15 de fevereiro de 2019.


Elodivaldo J. A. Prates
Presidente Fundação
MAT 000602

FUNDAIA - FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE TAQUARITINGA DO NORTE
HOSPITAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA
PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

OK

PRONTUÁRIO: 3197 DATA: 2019-1-4 HORA: 10:22:16

NOME: JOSE CAIQUE DA SILVA SEXO: M

IDADE: 24 COR: BRANCA ESTADO CIVIL: CASADO CPF: SUS: 898000630688745

PAI: JOSE ROBERTO DE LIMA MÃE: MARIA JOSE DA SILVA

ENDEREÇO: Nº

BAIRRO: OSCAZÃO CIDADE: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE UF: PE

OCCORRÊNCIA: ATENDIMENTO CLÍNICO

ATENDIMENTO MÉDICO

PRESSÃO ARTERIAL: PULSO: BPM: PESO:

HGT: TEMPERATURA:

ANAMNÊSIA

2.ª vítima de queda de altura h 8m no ar de e algumas m
aplicação de um b de ar h 2.ª vítima de uma de altura de
colateral. No ar de

☐ ALIA ☐ OBSERVAÇÃO ☐ ITERNAMENTO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ ÓBITO

PROCEDIMENTO:

① De acordo com o diagnóstico de ar de

② De acordo com o diagnóstico de ar de

Dr. Antonio A. da Silva Filho
MÉDICO
CRM/PE 75096

ATEDENTE: LARISSA ORGIANE CELESTINO SILVA

Dr. Marcio Lima

Ortopedia – Traumatologia

Clínica da Dor

CRM-RJ 5270458-0

CRM-PE 16777

Jose Calque da Silva

Presente com problema
gru de locar ter mais (2)
fundo tomamos fechando
e ou encaixar

João N. Almeida
Unsal pr tempo de 60 m

01 02 2018

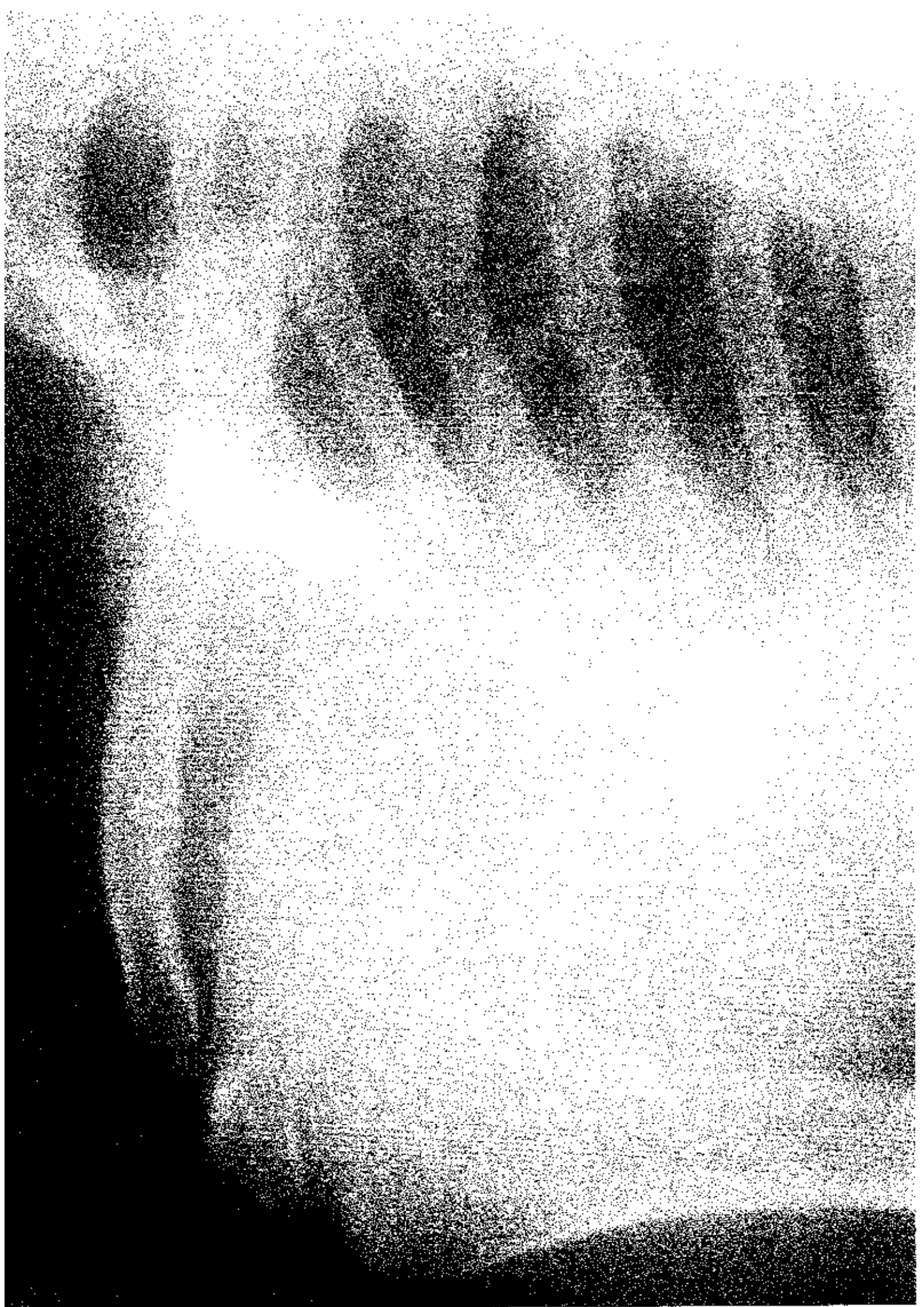
Dr. Marcio Lima
CRM-RJ 5270458-0
CRM-PE 16777

Master Vida

Rua Major Negrin, 186 Fone: (81) 3731.3270 / 3731.5705 / (81) 8252.1032

e-mail: marcio9374@hotmail.com

"Você sem dor é você com mais qualidade de vida!"



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PE

Nº 9169062728

12052149300

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

1

356017249

RUTH MARIA DE FIGUEIREDO DIAS ARAUJO
RUA JOSE BEZERRA ANDRADE 165
CASA CENTRO
TAQ. DO NORTE-PE

55790-000

858.227.874-87

PE07129

MOTORAC LTDA

9C2JC4820BR265907

PA5 /MOTONETA/

ALCO/GASO

HONDA/SIZ 125 E3

2011 2011

2P/124CL

PARTIC

VERMELHA

20115142

SEM RESERVA

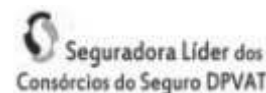
TAQ. DO NORTE

06/10/11

Fátima Bezerra Costa

Diretora Presidente DETRAN/PE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0379925/19

Vítima: JOSE CAIQUE DA SILVA

CPF: 112.462.184-96

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 04/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CAIQUE DA SILVA

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

JOSE CAIQUE DA SILVA : 112.462.184-96

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: 30/10/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3190612771 Data da solicitação: 30/03/2020
Nome do beneficiário: José Laique da Silva CPF do beneficiário: 412.462.184-96
Nome do solicitante: _____ CPF do solicitante: _____

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 9.9665-0454 Tel. Comercial: (_____) _____
E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☒ Outros: Doc. de Imagem (DESCREVA) _____

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Taguariatinga do Norte, 30 de Março de 2020.

José Laique da Silva

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido de Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3190612771 Data da solicitação: 19/05/20
Nome do beneficiário: Jose Caique da Silva CPF do beneficiário: 112.462.184
Nome do solicitante: _____ CPF do solicitante: 96

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99665-0454 Tel. Comercial: (_____) _____ Tel. Residencial: (_____) _____
E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:
☐ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☒ Outros: Doc. Médico Complementar
(DESCREVER)

NÓ CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

SOLICITO QUE MEU PROCESSO SEJA REANALIZADO UMA VZ, QUE
AINDA ME ENCONTRO COM SEQUELA E NÃO FUI SUBMETIDO A
PERÍCIA MÉDICA E FOI LIBERADO UM VALOR INFERIOR AO
QUE TENHO DIREITO E AINDA ME ENCONTRO COM SEQUELAS.

Taguariatinga do Norte, 19/05/2020.
Local e Data

Jose Caique da Silva
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assin e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, à seu pedido (a seu rogo).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190612771 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CAIQUE DA SILVA **Data do acidente:** 04/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

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: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA. NÃO FOI VISUALIZADA, DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA, QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE, SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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: 3190612771 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CAIQUE DA SILVA **Data do acidente:** 04/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

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:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 1(ANEXO 1)_RELATÓRIO MÉDICO.

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 residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: JOSE CAIQUE DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 9.285.638 SDS/PE CPF: 112.462.184-96
DATA DO ACIDENTE: 04/01/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: JOSE CAIQUE DA SILVA
ENDEREÇO: RUA DAS ANGELICAS, 61, CENTRO, TAQUARITINGA DO NORTE-PE

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSA INFORMAR
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-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**.

TAQUARITINGA DO NORTE-PE 14 DE MARÇO 2019.



Jose Caique da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0379925/19

Número do Sinistro: 3190612771

Vítima: JOSE CAIQUE DA SILVA

CPF: 112.462.184-96

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 04/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CAIQUE DA SILVA

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

Data da apresentação: 30/03/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/03/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos