

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190469927 Vítima: ALEX JULIO BARBOSA

Data do Acidente: 13/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALEX JULIO BARBOSA

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

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.
--	--

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, 13 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190469927

Vítima: ALEX JULIO BARBOSA

Data do Acidente: 13/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALEX JULIO BARBOSA

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, 18 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190469927

Vítima: ALEX JULIO BARBOSA

Data do Acidente: 13/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEX JULIO BARBOSA

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\$ 1.687,50

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: ALEX JULIO BARBOSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001060-X

Conta: 000010019042-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
128.056.774-04 ALEX JULIO BARBOSA

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

5 - Nome completo: ALEX JULIO BARBOSA 6 - CPF: 128.056.774-04
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA: MDE FATIMA MEDEIROS ROJA 9 - Número: 105 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: FLORES 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.850-000
15 - E-mail: TOINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 37-9935-5533

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: 1060 X CONTA: 19.042 X
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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.

Peio 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 Lider 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 resíduo (patrimônio)? ☐ 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 Lider 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.

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, FLORES - PE 06/08/2019

08 AGO 2019

Alex Julio Barbosa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 179ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORES -
DP179ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **19E0269000342**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/07/2019** às
19:03

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **13/4/2019** no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE FLORES, 1, RODOVIA PE 337**
Bairro: **CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência
PROXIMO A PEDREIRA
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE (AUTOR/AGENTE)
JOSE CARLOS DE MEDEIROS (OUTRO)
FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO (VITIMA)
ALEX JULIO BARBOSA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO, (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): **FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO**



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

FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: DAMIANA BATISTA DE ARAUJO Pai: JOSE NAOVAL DE ARAUJO Data de
Nascimento: 6/3/1955 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos
7380452/SDS/PE (RG), 96135231480 (CPF), 93717546480 (CNH) Estado Civil:
SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones
Celulares:
87999125972

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE FLORES, 1, AV. MARIA EDNEIA MARTINS SANTANA
- CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL

ALEX JULIO BARBOSA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
AUDILENE BARBOSA Pai: JOSE BARBOSA FILHO Data de Nascimento: 11/2/1995
Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9728719/SDS/PE
(RG), 12885677484 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO
Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
87998827079

08 AGO 2019

16/07/2019 14:55

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

128.056.774-04 ALEX JULIO BARBOSA

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

5 - Nome completo: ALEX JULIO BARBOSA 6 - CPF: 128.056.774-04
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA: MDE FATIMA MEDEIROS ROJA 9 - Número: 105 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: FLORES 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.850-000
15 - E-mail: TOINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 31-9935-5533

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: 1060 X CONTA: 19.042 X

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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.

Peço 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 Lider 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 resíduo (patrimônio)? ☐ 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 Lider 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.

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, FLORES - PE 06/08/2019

08 AGO 2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



FLORES

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES

Fundo Municipal de Saúde

Unidade Mista Genésio Francisco Xavier

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Boletim
pela original
01-05-2019
Genésio Francisco Xavier
CNPJ: 19.374.660/0001-11
24 anos

Data e Hora:	14.04.2019 às 06:44h	Nº. Ocorrência	01
Nome:	Alex Julio Barbosa	Data Nascimento:	11/03/1995
Profissão:		Sexo:	M
Fone:		SUS:	700 0094 7850 1806
End.:	Rua Maria de Fátima Medeiros Lima	Doc. Ident.:	
Responsável:	José Barbosa		
Tipo de Atendimento:	Acidente de Trânsito ☐	Acidente de Trabalho ☐	
	Agressão ☐	Consulta ☐	

Pressão Arterial: HGT: Pulso: Temp.: Peso:

Historico e Exame Físico:

paciente trazido aleatoriamente vítima de trauma
automobilístico (moto) com outro ~~dispositivo~~ com
edema + excoriações + limitação funcional. Veleix-
sa de bastante dor. A exame: edema + color +
excortações em membro ~~dir.~~ + múltiplos ~~excort.~~
com distribuídas em todo corpo.

Tratamento:

- ① SF 0,9% 500ml, EV
- ② Teróxica, 01 FA + AD, EV
- ③ Tramal, 01 FA no item ①.

29/40
Júlia Raíza Soares da Silva
COREN/PE: 1.332.817-TE

Impressão Diagnóstica:

Destino do Paciente

Residência ☐Internado ☐Transferido ☒

Removido para Hospital

SENHA: 566 2246

Óbito às

horas do dia

DRM 11953 PB

Médico - Carimbo e CRM:

08 AGO 2019

COMPROVAÇÃO DE ATU DECLARATÓRIO

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

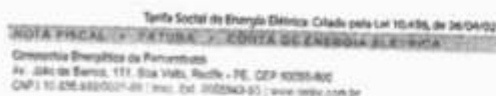
CLIENTE: ALEX JULIO BARBOSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01060-X

CONTA: 000010019042-1

Nr. da Autenticação 4A603EE315DFF095



ENDEREÇO DA UNIDADE COMISSÃO
RUA MARIA DE FÁTIMA MEDEIROS ROZAS
104

CENTROFLUORES
FLORES RE
888-63-000

4011685825	08/2018
02/07/2019	25/07/2019
46 12	

00720844	UNCA	2508/2019
00720845	UNCA	2508/2019
00720846	UNCA	2508/2019
00720847	UNCA	2508/2019
00720848	UNCA	2508/2019
00720849	UNCA	2508/2019
00720850	UNCA	2508/2019
00720851	UNCA	2508/2019
00720852	UNCA	2508/2019
00720853	UNCA	2508/2019
00720854	UNCA	2508/2019
00720855	UNCA	2508/2019
00720856	UNCA	2508/2019
00720857	UNCA	2508/2019
00720858	UNCA	2508/2019
00720859	UNCA	2508/2019
00720860	UNCA	2508/2019
00720861	UNCA	2508/2019
00720862	UNCA	2508/2019
00720863	UNCA	2508/2019
00720864	UNCA	2508/2019
00720865	UNCA	2508/2019
00720866	UNCA	2508/2019
00720867	UNCA	2508/2019
00720868	UNCA	2508/2019
00720869	UNCA	2508/2019
00720870	UNCA	2508/2019
00720871	UNCA	2508/2019
00720872	UNCA	2508/2019
00720873	UNCA	2508/2019
00720874	UNCA	2508/2019
00720875	UNCA	2508/2019
00720876	UNCA	2508/2019
00720877	UNCA	2508/2019
00720878	UNCA	2508/2019
00720879	UNCA	2508/2019
00720880	UNCA	2508/2019
00720881	UNCA	2508/2019
00720882	UNCA	2508/2019
00720883	UNCA	2508/2019
00720884	UNCA	2508/2019
00720885	UNCA	2508/2019
00720886	UNCA	2508/2019
00720887	UNCA	2508/2019
00720888	UNCA	2508/2019
00720889	UNCA	2508/2019
00720890	UNCA	2508/2019
00720891	UNCA	2508/2019
00720892	UNCA	2508/2019
00720893	UNCA	2508/2019
00720894	UNCA	2508/2019
00720895	UNCA	2508/2019
00720896	UNCA	2508/2019
00720897	UNCA	2508/2019
00720898	UNCA	2508/2019
00720899	UNCA	2508/2019
00720900	UNCA	2508/2019
00720901	UNCA	2508/2019
00720902	UNCA	2508/2019
00720903	UNCA	2508/2019
00720904	UNCA	2508/2019
00720905	UNCA	2508/2019
00720906	UNCA	2508/2019
00720907	UNCA	2508/2019
00720908	UNCA	2508/2019
00720909	UNCA	2508/2019
00720910	UNCA	2508/2019
00720911	UNCA	2508/2019
00720912	UNCA	2508/2019
00720913	UNCA	2508/2019
00720914	UNCA	2508/2019
00720915	UNCA	2508/2019
00720916	UNCA	2508/2019
00720917	UNCA	2508/2019
00720918	UNCA	2508/2019
00720919	UNCA	2508/2019
00720920	UNCA	2508/2019
00720921	UNCA	2508/2019
00720922	UNCA	2508/2019
00720923	UNCA	2508/2019
00720924	UNCA	2508/2019
00720925	UNCA	2508/2019
00720926	UNCA	2508/2019
00720927	UNCA	2508/2019
00720928	UNCA	2508/2019
00720929	UNCA	2508/2019
00720930	UNCA	2508/2019
00720931	UNCA	2508/2019
00720932	UNCA	2508/2019
00720933	UNCA	2508/2019
00720934	UNCA	2508/2019
00720935	UNCA	2508/2019
00720936	UNCA	2508/2019

RESERVA DE NOVA FISCIA

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água 400 m³ 100 m³	NC-0000000	0.18666108	5.54
Consumo Água superior a 20 m³ 100 m³	PD-00000000	0.21747971	22.30
Consumo Água superior a 100 m³ 100 m³	0.00000000	0.47567138	4.28
Atividade Saneamento Ambiental			0.07
Contrib. num. Pólice Municipal			14.14

Keywords: child sexual abuse; disclosure; help-seeking; mental health

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA VOTAÇÃO

N° DO MEDIDOR	TIPO DE FUNDADO	ANTERIOR		ATUAL		N° DE BARR	CONSTANTE	AJUSTE	CONSIDERAR
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
W2772	4"	25/04/2014	11 980,50	20/04/2015	11 249,00	20	1,0000		100,00

[illegible]

NOTES AND REFERENCES

[illegible]

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ADETO

DOI: 10.1002/for

Variable	Frequency	Value	Percent	Cumulative Percent
1	1	1	100.0	100.0

DOI: 10.1002/for

[illegible]

Distribuição e Produção de Energia Elétrica					Tensão Média (V)		
Produto	Valor	Quantidade	Valor	Quantidade	Valor	Quantidade	
100	1,30	5,43	1,46	21,75	220	23,1	
100	2,30	3,36	9,71	1,46			
1000	3,66	3,11	2,20	0,30			

Fonte: IBGE, 1992. *Relatório de Energia Elétrica do Brasil, 1992*. Rio de Janeiro: IBGE, 1992.

DOI: 10.1002/for

CONTA CONTRATO	MES/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
431008025	05/2019	02/07/2019	46,12

83800000C000-9 48120011004-4 01188582510-3 14077444013-4



08 AGO 2019

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12Para 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: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>A Circular 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 COAF².¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.Pelo exposto, eu ANTONIO PEREIRA FILHOinscrito (a) no CPF/CNPJ 452.545.084/34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do BeneficiárioALEX JULIO BARBOSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 128.056.774/04,do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ALEX JULIO BARBOSA,inscrito (a) no CPF sob o Nº 128.056.774/04, 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>TV. MANOEL SANTANA</u>	Número:	<u>56</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>CENTRO</u>	Cidade:	<u>FLORES</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:	<u>TOINHODERMELIA@HOTMAIL.COM</u>			CEP:	<u>56.850-000</u>
				Tel.(DDD):	<u>87-9935-5533</u>

Local e Data: FLORES-PE 06/08/2019
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, JOSE CARLOS DE MEDEIROS
RG nº 2780658, data de expedição 02/04/99,
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 249.579.334-72,
com domicílio na cidade de FLORES, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA: PRF ARNOUD SANTANA, nº 44,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
ALEX JULIO BERRIOSA, cujo o condutor era
FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO.
Veículo: MOTO Modelo: TIWUYANG WY 125 B5D Ano: 2008 MOD 2008
Placa: KGK 8686 Chassi: LWYPCJ9A3RG031934
Data do Acidente: 13/04/2019

Local e Data: FLORES-PE 28/08/19

x Jose Carlos de Medeiros
Assinatura do Declarante

x Francisco Reginaldo Batista de Araujo
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

TABELIONATO ÚNICO DE FLORES
Servício Notarial, Protocolo de Títulos, Registro de Imóveis e de Títulos e Documentos e Pessoas Jurídicas
Rua Antônio Gomes de Sá, 5 - Centro - FLORES - PE - CEP: 55000-000 - Fone: (82) 3637-1394
Rua Gomes de Sá, 5 - Centro - FLORES - PE - CEP: 55000-000

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma(s) de: (1) JOSE CARLOS DE MEDEIRO
- Dou fe
Em Testemunho da verdade:
MARIA CECILIA VIEIRA KRUEGER - ESCRIVENTE
FLORES - quarta-feira 28 de agosto de 2019 - 10:49h
Total: 4,91 - Saldo: 0076927 ATP08201902.00363-

MP Cecilia V. Krueger
Escrivente

29 AGO 2019



FLORES

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES

Fundo Municipal de Saúde

Unidade Mista Genésio Francisco Xavier

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Entidade
pública municipal
01/05/2019
Unidade Mista Genésio Francisco Xavier
CNPJ: 10.347.566/0001-11
24 anos

Data e Hora: 14.09.2019 às 06:44h		Nº. Ocorrência: 01
Nome: Alex Júlio Barbosa		Data Nascimento: 11/03/1995
Profissão:	Sexo: M	Doc. Ident.:
Fone.:	SUS: 700 0094 7850 1806	
End.: Rua Maria de Fátima Medeiros Rosa		
Responsável: Joo Barbosa		
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito ☐ Agressão ☐ Acidente de Trabalho ☐ Consulta ☐		

Pressão Arterial:	HGT:	Pulso:	Temp.:	Peso:
Histórico e Exame Físico: Paciente trazido alegando vítima de trauma automobilístico (moto) com outro dispositivo com edema + escoriações + limitação funcional. Alteração de postura dor ao toque: edema + calor + inchaço em pulso direito + múltiplas escoriações distribuídas em todo corpo.				
Tratamento: ① SF 0,9% 500ml, EV ② Teroxican, 01 FA + AD, EV ③ Teroxican, 01 FA no item ①.				

CG 10
Julia Raiza Soares da Silva
COREN-PE: 1.332.817-TE

Impressão Diagnóstica:			
Destino do Paciente	Residência ☐	Internado ☐	Transferido ☒
Removido para Hospital	SENHA: 5662246		
Óbito às	horas do dia		
Médico - Carimbo e CRM:			

08 AGO 2019

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA Nº: 41

Data: 24-19 Hora: 10:00

Nome: Dr. Manoel Barbosa Profissão: carminista

Idade: 1103 35 Sexo: masculino Estado Civil: solteiro

Responsável:

Mãe: Marina Audeline Barbosa

Endereço: Marina de Tatyana - 55 Fone: 95 22 9786

Cidade: Recife PE Município: Pleia RG CPF:

Cor: Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ☐ VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL

Exatidão Queixa:

Pulso: 70 HGT: 170 T: 36,5 SpO2: 98 Peso: 65 Glasgow:

Exatidão USG:

Exatidão Análises:

Carimbo e Assinatura:

ATENDIMENTO MÉDICO

Exatidão Exame Físico:

Don y clama ① 201
fun

Tratamento:

→ Ureter

→ Exatidão A clama

→ Exatidão 201 24 0 } 18-20

→ DIP 201 24 0

Exatidão Diagnóstica:

Exatidão clama

Carimbo e Assinatura:

CCM - Fone: 516-0112



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital Francisco Anselmo Ltda.
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital Francisco Anselmo Ltda.

3 - FONE
2 5 1 7 1 2 4
4 - FAX
2 5 1 7 1 2 4

Identificação do Paciente

5 - Nº DO DOCUMENTO
6 - NOME ATEND
7 - NOME DO PACIENTE
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
9 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)
10 - DATA DE NASCIMENTO
11 - NOME DO PACIENTE
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
13 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
15 - CID ICD-9
16 - CID ICD-10
17 - CID ICD-11
18 - CID ICD-12

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

12 m clausura
ci Limitada f

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL
22 - CID ICD-10 SECUNDÁRIO
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
25 - CLÍNICA
26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
27 - ASS E CARIMBO DO SOLICITANTE (ASSINATURA)
28 - CID ICD-10 SECUNDÁRIO
29 - CID ICD-11
30 - DOCUMENTO
31 - Nº DO DOCUMENTO (CONSELHO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE)
32 - DATA DA SOLICITAÇÃO
33 - ASSINATURA E CARIMBO (CARIMBO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - ACIDENTE DE TRÂNSITO
35 - ACIDENTE DE TRABALHO FÍSICO
36 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
37 - VÍCIULO COMA PREVIDÊNCIA
38 - EMPREGADO
39 - EMPREGADOR
40 - AUTÔNOMO
41 - DESEMPREGADO
42 - APOSENTADO

AUTORIZAÇÃO

43 - Nº DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO
44 - Nº DO DOCUMENTO (CONSELHO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR)
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO
46 - MOTIVO DA ALTA
47 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
48 - DATA DA INTERNAÇÃO
49 - DATA DA ALTA

**HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA**

Rua Vitorino, 100 - Centro - 55.000-000 - Flores, PE
 Fone: (071) 3031.8141 - 3031.8142 - 3031.8143 - 3031.8144 - 3031.8145
 CNPJ: 07.095.561/0001-72 - Insc. Est.: 15.100.000-00

CLÍNICA**CIRURGICA**

Data do Atendimento: 24/04/2019 Prontuário: 00043824 Registro: 00092198 Convênio: SUS INTERNACAO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: **ALEX JULIO BARBOSA**

Data Nascimento: 11/03/1995 Idade: 24 Anos, 1 Mês Sexo: MASCULINO Cor: PARDAS

Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: AGRICULTOR Naturalidade: Nacionalidade:

Filiação Pai: JOSE BARBOSA FILHO Mãe: MARIA AUDILENE BARBOSA

Endereço: **MARIA DE FATIMA MEDEIROS**

Bairro: CENTRO Cidade: FLORES Estado: PE Telefone: 999229710

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA

Acidente de Trânsito [] Acidente de Trabalho [] Outros Acidentes [] Agressão []

Suicídio [] Casual [] Outros []

Nome do Acompanhante: Telefone para Contato:

Endereço:

Local da Ocorrência:

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS

**TRAUMA NA CLAVÍCULA DIREITA
 COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL**

Diagnóstico Inicial:

FRATURA DA CLAVÍCULA

S.A.D.:

Diagnóstico Final:

0 NCSMO

Data do Atendimento: Data do Atendimento:

Melhorada [] Decisão Médica []

Inalterado [] Alta a Pedido []

Piorado [] Transferência []

Óbito-48h [] Evasão []

Óbito-48h [] Indisciplina []

Data da Alta: Hora:

Data do Internamento: 24/04/2019

Data da Alta: / /

Médico Responsável

08 AGO 2019

Data:		Nº do Procedimento:	
	Início:	Término:	
Cirurgião:	1º Auxiliar:	2º Auxiliar:	Anestesiologista:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 12 NESTES 13.
 - 12 NESTES 13.
 - 12 NESTES 13.
 - 12 NESTES 13.
 - 12 NESTES 13.

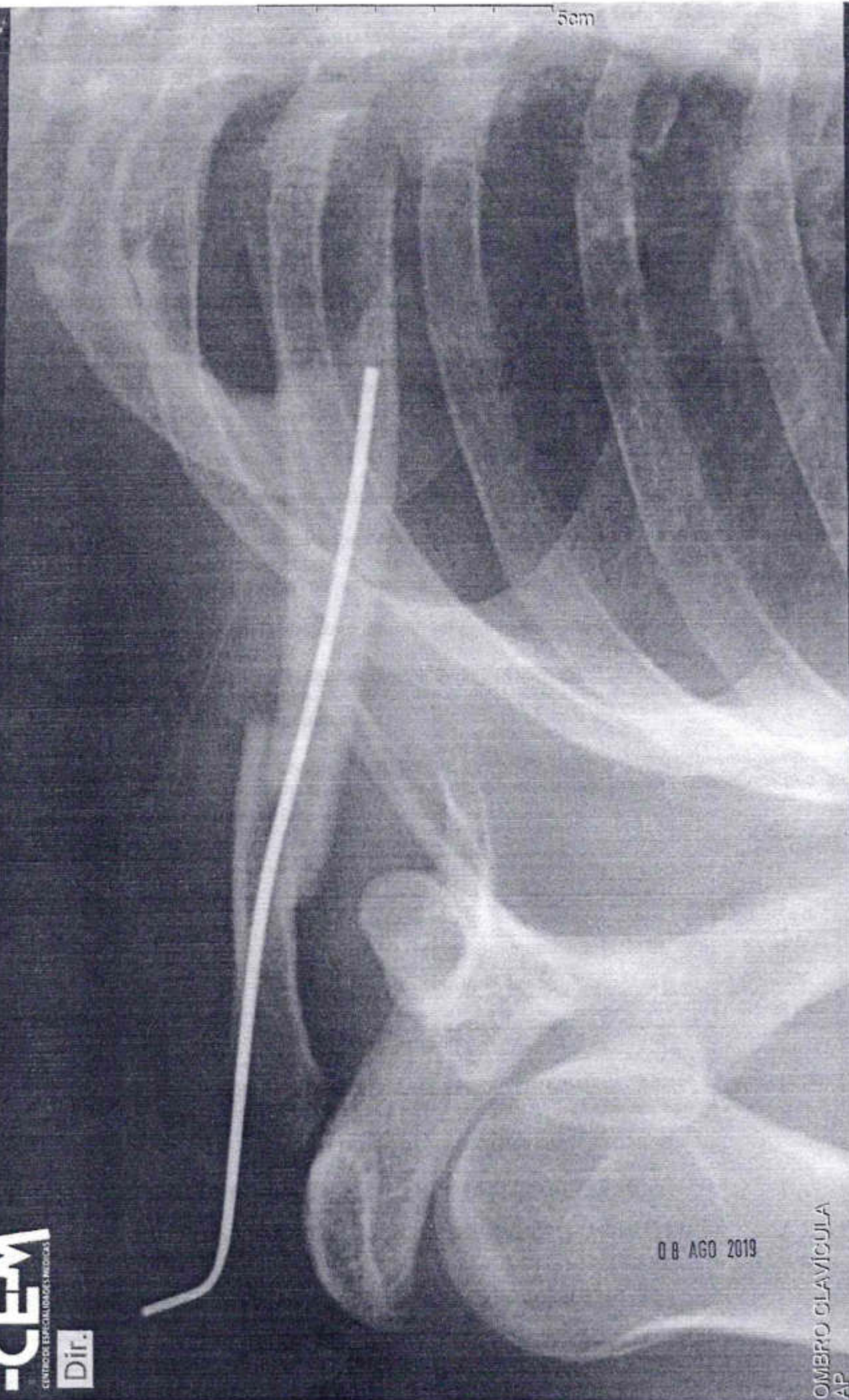
Assinatura do Cirurgião

ALEX JULIO BARBOSA,
Sex: Masc.
Data de nascimento: 11/03/1995

-CEM
CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS

Dir.

Data de aquis: 03/05/2019
Hora de aquis: 08:45:28
Indice de exp: 1547



08 AGO 2019

OMBRO CLAVÍCULA
AP

W: 4075, L: 2216
ID de técnico: romario

8cm

Escala: 0.0



Dr. Ebenone A. da Silva
Ortopedista e Traumatologista

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: Mr. Julio Barboza

DATA DE ALTA: 3/05/19

CIRURGIA REALIZADA: Fract. d. Clavícula

RETORNO 1: 3/05/19

RETORNO 02:

USO ORAL:

• CEFALOXINA 500 MG 1 CX

TOMAR 1 COMPRIMIDO VO DE 6/6 HORAS.

• ARTROSIL 160 MG 1 CX

TOMAR 1 COMPRIMIDO VO DE 12/12 HORAS

• LISADOR 1 CX

TOMAR 1 COMPRIMIDO VO DE 12/12 HORAS

(87) 3531-8446 / 9 9916-0112

Rua: Joaquim Godoy, Nº 393

cem_st@hotmail.com

08 AGO 2019

CEM

CENTRO ESPECIALIDADES MÉDICAS

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

9.728.710 05/06/2013

<< ALEX JULIO BARBOSA >>

<< JOSÉ BARBOSA FILHO >>

<< MARIA AUDILENE BARBOSA >>

ERRA TALHADA - PE 11/03/1995

<< CN 16434 L 69A F 209V CART.FLORES-PE 19.05.1997 >>

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
128.056.774-04

Nome
ALEX JULIO BARBOSA

Nascimento
11/03/1995

VALEU SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
0B72.01E1.5E2E.72A0

A autenticidade desta comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:53:31 do dia 04/08/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

10R-23

ESTADO DE PERNAMBUCO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

08 AGO 2019

08 AGO 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 147522848 *****2011

JOSE CARLOS DE MEDEIROS

FLORES-PE

249.579.334-72 KGK8686

*****PE LKYPGJVA386031934

PRG /MOTOCICLETA/

GASOLINA

1/MUYANG WY 125 ESD

2P/125CL

PARTIC

VERMELHA

1 IPVA 2011 QUITADO

1*

V PAGATOS

2*

A-1

3*

SEGURO PAGO OBRIGATORIO

SEM RESERVA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACAO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

FLORES

17/04/11

Detran - PE

Detran - PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DEVE TER PERIODO DE VALIDADE DE 12 MESES. A PESSOA TRANSPORTADA OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº B703946620 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE CARLOS DE MEDEIROS

RUA ARNOR SANTANA 44

CASA CENTRO

FLORES-PE 5850-000

249.579.334-72

KGK8686

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PE Nº B703946620

JOSE CARLOS DE MEDEIROS

RUA ARNOR SANTANA 44

CASA CENTRO

FLORES-PE 5850-000

1 249.579.334-72

KGK8686

147522848

1/MUYANG WY 125 ESD

2003 09

CMYPCJVA386031934

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

Seguradora Lider dos Consorcios

do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.249.508/0001-04

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190469927 **Cidade:** Flores **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEX JULIO BARBOSA **Data do acidente:** 13/04/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. PÁG 6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO

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 MODERADA DO OMBRO DIREITO.

**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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ALEX JULIO BARBOZA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: RECUSO, portador(a) do RG 9.728.710, órgão expedidor SDS-PE
e do CPF 128.056.774-04, residente no(a) RUA: MARIA DE FATIMA MEDEIROS ROJAS
nº 105, bairro: CENTRO, município: FLORES, PE

OUTORGADO:

Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: RECUSO, portador(a) do RG 2999823, órgão expedidor SSP-PE
e do CPF 452.545.084-34, residente no(a) TV. MANOEL SANTANA
nº 56, bairro: CENTRO, município: FLORES, PE

PODERES. pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER 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 do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima ALEX JULIO BARBOZA CPF 128.056.774-04 data do acidente: 13/04/2019

Local e data: FLORES-PE

Alex Julio Barbosa

Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



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	
1º Nome: _____ CPF: _____	Assinatura
TESTEMUNHAS	
2º Nome: _____ CPF: _____	Assinatura

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270968/19

Vítima: ALEX JULIO BARBOSA

CPF: 128.056.774-04

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 13/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEX JULIO BARBOSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANTONIO PEREIRA FILHO : 452.545.084-34

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

ALEX JULIO BARBOSA : 128.056.774-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/08/2019
Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO
CPF: 452.545.084-34

ANTONIO PEREIRA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/08/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES