

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, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200009769

Vítima: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

Data do Acidente: 06/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

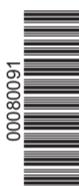
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 14 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200009769**

Vítima: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

Data do Acidente: 06/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000002739-1

Conta: 0000022101-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorno 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

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE	
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: SPANDERSON DA COSTA QUEIROZ	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo: SPANDERSON DA COSTA QUEIROZ		6 - CPF: 100220166483	
7 - Profissão: ANALISTA DE SISTEMAS	8 - Endereço: Sítio Paraíso	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro: ZONA RURAL	12 - Cidade: TRIUNFO	13 - Estado: PE	14 - CEP: 56370-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (87)38461036		

DADOS CADASTRAIS

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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caba Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: Brasil
AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> 5
(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.

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.

MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (velho/velha)? <input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> 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.

NÃO ALFABETIZADO

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
40 - Local e Data, Triunfo, PE, 09 de outubro de 2019.	38 - 1º Nome: _____	39 - 2º Nome: _____	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
	CPF: _____	CPF: _____	Assinatura da testemunha
			42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

FFP.001 V002/2019

COMPRA
REV. VIDA E PREVIDE
05 NOV 2019
PROTOCOLO
TESTEMUNHAS

Extrato de Conta Corrente

Banco SANTANDER COSTA QUEIROZ

Agência: 2739-1 Conta: 22101-5

L	mentos	Valor
D	Habendo	
3	019 Saque interior	0,00 (+)
0	119 Transferência recebida	2.620,00 (+)
0	040 2739 24297-7 ARMANDO RODRIG	2.620,00 (+)
0	119 0	2.620,00 (+)

L	mentos	Valor
1	dep. m.	1.199,05 (+)
1	dep. m.	3.819,05 (+)
S		0,00
Ju		02/09/2019
Dat	Debito de Boleto	0,00
IOF		02/09/2019
Data	Debito de Boleto	02/09/2019

Aplic	Aplicação das	Valor
POU	CD PÚBLICO AUTOMATICO	1.199,05
Total	Deposito Fixo e Varias	1.199,05
* Sal	por dia-Boleto	
Suje	o confirmado no momento da contratação	



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/POLICIA CIVIL/.infopol/xml/BO...



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 181ª CIRCUNSCRICAO - TRIUNFO -
 DP181°CIRC DINTER2/21°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **19E0271000243**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/08/2019** às
 11:42

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
 que aconteceu no dia **6/7/2019** às **02:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA MUNICÍPIO DE TRIUNFO, 1, PE 388 -**
 Bairro: **CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

A PROPRIA VITIMA (AUTOR / AGENTE)
 SANDERSON DA COSTA QUEIROZ (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(s)
 Sr(a): SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

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

SANDERSON DA COSTA QUEIROZ (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ROSINEIDE DA COSTA QUEIROZ** Pai: **SANDOVAL ALVES DE QUEIROZ** Data de Nascimento: **28/7/1991** Naturalidade: **TRINDADE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7246798/SDS/PE (RG), 10822100483 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU COMPLETO**
 Profissão: **ANALISTA DE SISTEMAS**
 Endereço Residencial: **RUA MUNICÍPIO DE TRIUNFO, , SITIO PARA ZONA RURAL - CEP: 54600-000** - Bairro: **CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

A PROPRIA VITIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ROSINEIDE DA COSTA QUEIROZ** Pai: **SANDOVAL ALVES DE QUEIROZ** Data de Nascimento: **28/7/1991** Naturalidade: **TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7246798/SDS/PE (RG), 10822100483 (CPF), 00357638610 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ANALISTA DE SISTEMAS**
 Endereço Residencial: **RUA MUNICÍPIO DE TRIUNFO, , SITIO PARA ZONA RURAL - CEP: 54600-000** - Bairro: **CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): SANDERSON DA COSTA QUEIROZ.



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/POLICIA CIVIL/infopol/xml/BO...

que estava em posse do(a) Sr(a): **SANDERSON DA COSTA QUEIROZ**
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/GM/ONIX** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGF8334** (PERNAMBUCO/TRIUNFO) Renavam: **538687789** Chassi: **9B0KS4BL0D6300017**
 Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA A PESSOA DE SANDERSON DA COSTA QUEIROZ NOTICNADO QUE SOFREU ACIDENTE DE TRANSITO NA DATA ACIMA CITADA QUANDO TRAFEGAVA EM SEU VEICULO ONIX NA PE 369 RETORNANDO DA CIDADE DE CARNAIBA, QUANDO AO CRUZAR COM UMA MOTOCICLETA QUE ESTAVA COM OS FAROIS ALTOS PERDEU O CONTROLE DO VEICULO VINDO A COLIDIR COM UMA PILASTRA DE UMA GARAGEM. SANDERSON FOI SOCORRIDO PELA PESSOA DE LUCAS MANGUEIRA DINIZ QUE O RETIROU DO VEICULO E SOCORREU O MESMO PARA O HOSPITAL LOCAL, ONDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL SÃO VICENTE NA CIDADE DE SERRA TALHADA COM A Perna FRATURADA E VARIAS ESCORIAÇÕES NO BRAÇO ESQUERDO, CONFORME LAUDO MEDICO EM ANEXO. SEM MAIS A AGRESCENTAR ENGERRO O PRESENTE BOLETIM DE OCORRENCIA.

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

Sander.../.../...
SANDERSON DA COSTA QUEIROZ
 (VITIMA)

A PROPRIA VITIMA
 (AUTOR / AGENTE)

B.O. registrado por: **PATRICIA KARLA RABELO TORRESO** Matrícula: **368888-8**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE	
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: SPANDERSON DA COSTA QUEIROZ	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo: SPANDERSON DA COSTA QUEIROZ		6 - CPF: 100220166483	
7 - Profissão: ANALISTA DE SISTEMAS	8 - Endereço: Sítio Paraíso	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro: ZONA RURAL	12 - Cidade: TRIUNFO	13 - Estado: PE	14 - CEP: 56370-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (87)38461036		

DADOS CADASTRAIS

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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caba Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: Brasil
AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> 5
(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.

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.

MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (velho/velha)? <input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> 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.

NÃO ALFABETIZADO

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
40 - Local e Data, Triunfo, PE, 09 de outubro de 2019.	38 - 1º Nome: _____	39 - 2º Nome: _____	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
	CPF: _____	CPF: _____	Assinatura da testemunha
			42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

FFP.001 V002/2019

COMPRA
REV. VIDA E PREVIDE
05 NOV 2019
PROTOCOLO
TESTEMUNHAS

Extrato de Conta Corrente

Banco SANTANDER COSTA QUEIROZ

Agência: 2739-1 Conta: 22101-5

L	mentos	Valor
D	Habendo	
3	019 Saque interior	0,00 (+)
0	119 Transferência recebida	2.620,00 (+)
0	0400 739 24297-7 ARMANDO RODRIG	
0	119	2.620,00 (+)

L	mentos	Valor
1	dep. bancários	1.199,05 (+)
1	dep. bancários	3.819,05 (+)
S		0,00
Ju		02/09/2019
Dat	Debito de 0,00	0,00
IOF		02/09/2019
Data	Debito de 0,00	02/09/2019

Aplic	Aplicação das	Valor
POU	CD - POUPO AUTOMATICO	1.199,05
Total	Saldo Final das	1.199,05
* Sal	por dia 0,00	
Suje	o confirmado no momento da contratação	



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: 10/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02739-1

CONTA: 000000022101-5

Nr. da Autenticação 5DC8F3ACD420FAE9

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

SANDOVAL ALVES DE QUEIROZ

CPF: 052.652.245-52

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI PARA 110

TRIUNFO - RURAL/TRIUNFO RURAL
56670-000 TRIUNFO PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

25/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

18/09/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

18/09/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

078051768

CONTA CONTRATO

000898434028

Nº DO CLIENTE

2000578632

Nº DA INSTALAÇÃO

0003934453

CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL
Trifásico

RESERVADO AD FISCO

CB47.C8F9.4533.479C.69D2.CC72.6011,7D46

DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍCÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	205,00	0,43729987	89,64
Acréscimo Bandeira VERMELHA			8,58
Contribuição CERTI - (067) 3846-1382			5,00
TOTAL DA FATURA			103,22

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS
BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO
0,00	0,00	98,22

ICMS	PIS	COFINS
BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO
0,00	0,00	98,22

ICMS	PIS	COFINS
BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO
0,00	0,00	98,22

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,41749000	SET	19
		AGO	19
		JUL	19
		JUN	19
		MAJ	19
		ABR	19
		MAR	19
		FEV	19
		JAN	19
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003161449570	CAT	20/08/2019 6.721,00	18/09/2019 5.926,00	29	1.00000	0,00	205,00
00000003161449570	CRT	20/08/2019 5.664,00	18/09/2019 5.826,00	29	1.00000	0,00	142,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 21/10/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No de horas sem Energia		3,12	10,73	21,46	42,92
FIC-No de vezes sem Energia		3,00	7,67	15,34	30,68
DIMC-Duração máxima de interrupção contínua		2,61	5,78	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico					Límite DICR: 16,60
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 44,48					

Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos Indicadores DIC, FIC, DIMC e DICR a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES							
Pague no ponto mais perto de você! ag correios santa cruz da vila: rua padre cícero centro / nova modas: rua padre cícero 180 centro lista completa em www.celpe.com.br							
ATUALIZE SEUS DADOS ATÉ 30/11/19 PARA NÃO PERDER O BENEFÍCIO TARIFÁRIO DA CLASSE RURAL. DÚVIDAS DISQUE 116.							
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br .							
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.							
Pague, em atraso, gera multa 2% (Res.414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.436/02) e atualização monetária no próximo mês.							
Isenção do ICMS conforme Art.9º,XLVIII,d,do ICMS-PE.							
Desconto Incondicional pela Aplicação da Tarifa B2 RURAL = R\$ 28,31.							
O Cliente é compensado quando há descumprimento de prazo definido para os padrões de atendimento comercial.							
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.							

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000898434028	09/2019	0,00	25/09/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



FIXO



CTC RECIFE PE PLS
HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
PCA QUINZE DE NOVEMBRO,124
CENTRO
50870-000 TRIUNFO PE



7213512820-09457 00000001628 30 049919

Referência

AGOSTO /2019

Telefone

(87) 3846-1036

Vencimento

15/09/2019

Total a pagar

R\$ 108,14

Resumo da sua fatura



OI FIXO

R\$ 69,20
69,20

PAQUOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL
PAQUOTE DE MINUTOS FIXO-MÓVEL LOCAL
PAQUOTE DE MINUTOS LONGA DISTÂNCIA CÓD. 31
SERVIÇOS DIGITAIS



EXCEDENTES, OUTROS SERVIÇOS E TAXAS

R\$ 38,94
17,54
14,00
1,92
5,48

LIGAÇÕES FIXO-FIXO
LIGAÇÕES FIXO-MÓVEL
SERVIÇOS OUTRAS PRESTADORES E DE TERCEIROS
OUTROS VALORES

Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluído o número 9 à frente dos celulares dos DDDs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54 e 55 passando ao formato: (DDD)9xxxx-xxxx.
Mais informações em oi.com.br/9digito.

CÓDIGO MINHA OI
091201460307

www.oi.com.br/MinhaOI
Cadastra-se na minha OI e consulte saldo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.

TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0014-92 - INSC. ESTADUAL:
161.001.0019146-4
RUA JOAQUIM FELIPE, 108 - RECIFE - PE CEP: 50000-905
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
TELEFONE/CONTRATO: 3846-1036 CJ 0 SU 3
CONTA 08/2019 LOCAL 4852

CÓDIGO MINHA OI
091201460307

www.oi.com.br/MinhaOI

Cadastra-se na minha OI e consulte saldo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.

84660000001-8 08140024030-5 32049520384-8 61036031908-7



FATURA N.: 1200113357503

VENCIMENTO: 15/09/2019

VALOR A PAGAR R\$ 108,14

CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 091201460307

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Hélcio Magalhães de Carvalho inscrito (a) no CPF sob o Nº 041542.029 / 56 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Somdeison do Costa Lameiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 100.221.664 / 83 do sinistro de DPVAT cobertura DAMS da Vítima Somdeison do Costa Lameiro, inscrito (a) no CPF sob o Nº 100.221.664 / 83 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 15 de Novembro</u>	Número	<u>104</u>	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>PE</u>	Estado
Email	<u>hmc_cdcorciu@gmail.com</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>(81) 3846-1036</u>	Telefone celular (DDD)

Recife PE, 04 de outubro de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante





PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO
Fundo Municipal de Saúde
UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY
BOLETIM DE EMERGÊNCIA

16 mos

Data e Hora: 06-07-19 19:03	Nº. Ocorrência	
Nome: Alexandre Alves Gómez Júnior		Data Nascimento: 08/07/2002
Profissão: estudante	Sexo: M	Doc. Ident.:
End.: Setor Industrial		
Responsável: Se mesmo		
End/Fone: 8 77)99112-8341	SUS 706 9081 4478 6934	
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/>		Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/>
Agressão <input type="checkbox"/>		Consulta <input checked="" type="checkbox"/>

Pressão Arterial: 120x80 | Pulso: | Temperatura: |

Histórico e Exame Físico:

Paciente vítima de acidente auto no báltico há 18 horas, apresentava
dores cefálicos e queiro.

Tratamento:

- TEUOXICAM - Of grp, EU, abols. ~~19.35~~
 - Dexamethasone - Of grp, EU, abols. ~~19.35~~

Dr. Alexandre Lima
CRM-PE 11.000

PROTÓCOLO
PÁGINA RECIFE

05 NOV 2019

COMPRENSIÓN PRIMARIA 81

COMPREH

Impressão Diagnóstica:

Doe Coster A/E.

Destino do Paciente
Removido para Hospital

Residência

Internado

Transferido

Óbito às horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:



PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO

Fundo Municipal de Saúde

60

UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

27 anos.

Data e Hora:	06/07/19 08:40	Nº. Ocorrência
Nome:	Simone da Costa Oliveira	Data Nascimento: 25/07/91
Profissão:		Doc. Ident.: 1246798 505/P6
End.:	8457 Laranjeira, Triunfo - PE	
Responsável:	Lei mariana	
End/Fone:	Tel: 99459-1979	702804111257368 (5VS)
Tipo de Atendimento:		Acidente de Trânsito <input checked="" type="checkbox"/>
		Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/>
		Agressão <input type="checkbox"/>
		Consulta <input type="checkbox"/>

Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:
Histórico e Exame Físico:		
<p>Acidente de carro Rondeiros motoqueiro (E) = motoqueiro mto</p>		

Tratamento:	<p>① Traqueia laringeal ② Suturas ③ Descongestionante + Dexametasona + 2000 mg ④ Voltaren (TR) 500</p>
-------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Impressão Diagnóstica:	<p>2015-07-06 08:40 FMS - Triunfo - PE Simone da Costa Oliveira 25/07/91</p>
------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------

Destino do Paciente Removido para Hospital	Residência <input type="checkbox"/>	Internado <input type="checkbox"/>	Transferido <input checked="" type="checkbox"/>
-----------------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------------------

Óbito às	horas do dia
----------	--------------

Médico - Carimbo e CRM:



Dr. Antônio Rodrigues de Freitas

CRM 7351

ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA

Praça Anderson da Cunha

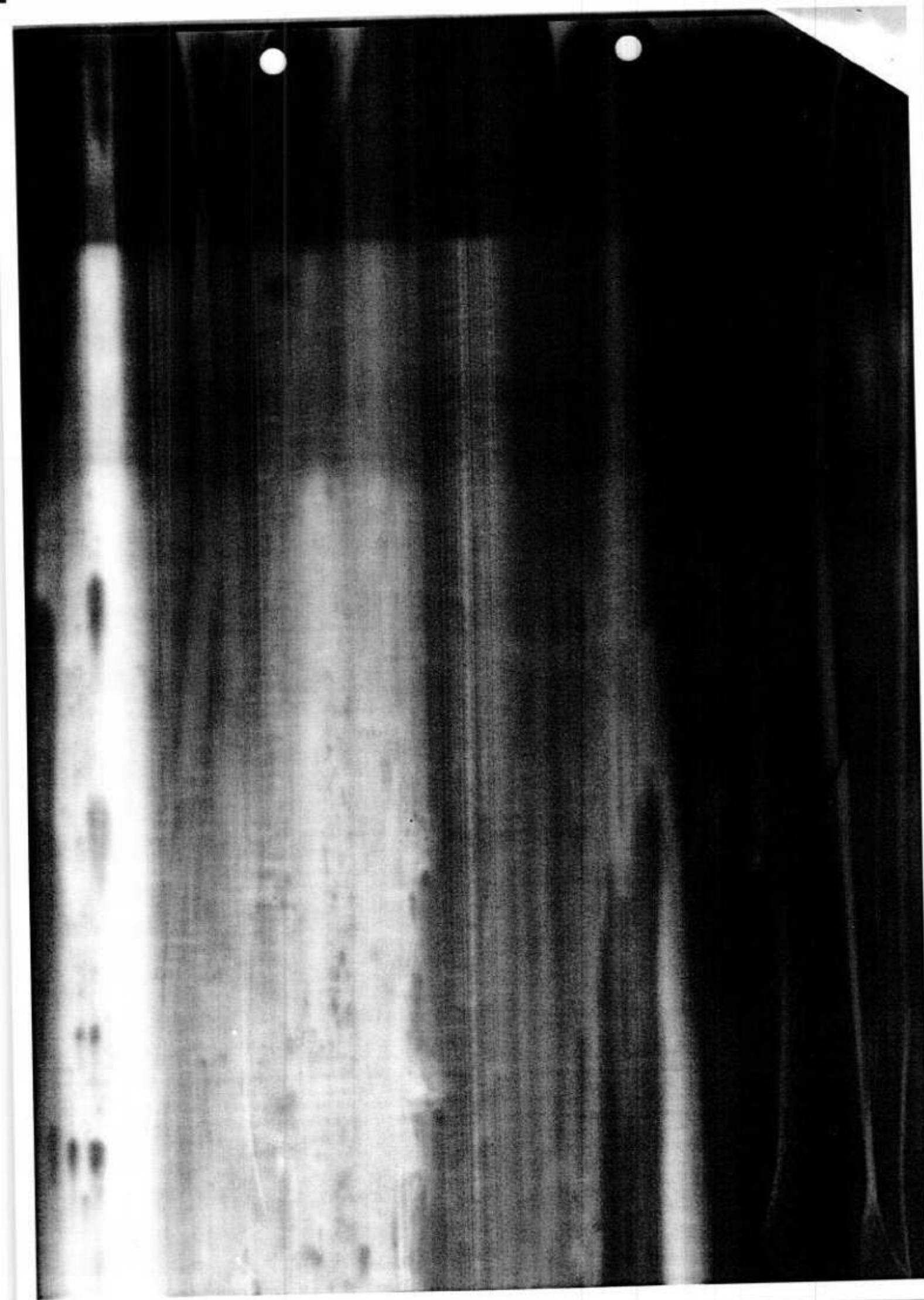
la uso iug.

*algie 150 ——————
deveras al seu. expoz
confidencial (attn)*

ST 16/07/19

*Antônio Rodrigues
Traumatologista
CRM/PE 058532/03-25
CPF 058532/03-25*

Consultório:
Rua Inocêncio Gomes de Andrade, 640 - Centro - Fone: (87) 3831 - 5609
CEP: 56.912 - 440 - Serra Talhada - Pernambuco





Hospital São Vicente

Rua Inocêncio Gomes de Andrade, 603
Centro - Telefone: (87) 3831-1847
Serra Talhada - Pernambuco
CNPJ 10.280.543/0001-63

orcamento

Equip. ortopédico	3500
fixadores	1200
ANEST.	4000
HOSPITAL	

SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

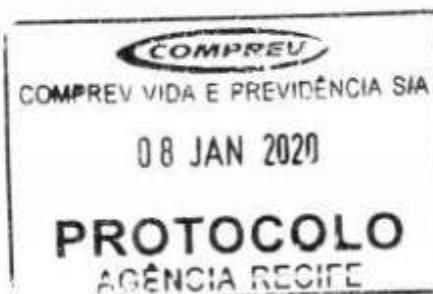
Paciente vítima de acidente automobilístico, no dia 06/07/2019 no município de Triunfo-PE. Após o acidente foi constatada fratura na tibia esquerda. Realizada cirurgia para osteossíntese no Hospital São Vicente.

Após sua alta e passando pela avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje, sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, apresenta como sequela: relata dores e edema em perna esquerda, com limitação para pisar o pé esquerdo no chão, limitação para realizar movimentos rápidos, como correr, dificuldade para ficar de cócoras.

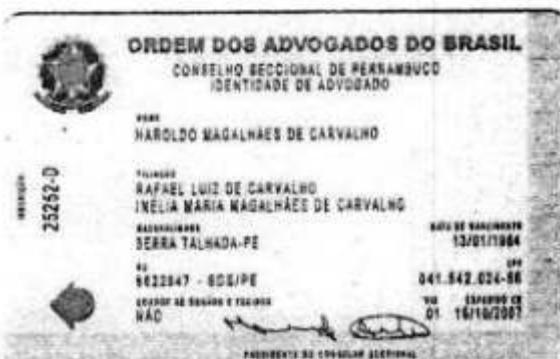
No momento apresentando déficit funcional em 50% e déficit laboral em 75% para suas funções trabalhistas como Analista de sistemas.

Serra Talhada, 03 de dezembro de 2019.

Dra. Jamila Lopes Gonçalves
Médica
CRM-PE 27.815



Rua Joaquim Godoy, 393 - Centro - 56.912-450 - Serra Talhada - PE
Fone: (87) 3831-8446 (87) 99916-0112 - e-mail: cem_st@hotmail.com



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PE
CERTIFICAÇÃO

Nº 01343350/00
ENCIAMENTO DE VEÍCULO

HEN
SAHDE

FE N° 013433507006 BILH
SANDERSON DA COSTA GUTTEREZ

SEGURÓ DPVAT

SANDERSON DA COSTA OUROZOZ

ERICKSON

三

TRUNFO-PE

100-221-654-93

—PLACA—
PGE8334

PLACARD NUMBER

ABR

0017

PAS /AUTOMÓVEL
ESTACIONAMENTO
— MARCA / M

— COMBUSTIVEL —
ALCO/GASOL

CHEVROLET/ONIX

CATEGORIA — COR PREDOMINANTE
PAPILAR DIFUSO

CATÁLOGO
IPVA 2017 CUITAD

— VENG. COTA ÚNICA — 1º — VENG / COTAS —
EPIKILIC BCAWYLA

1 Fuzzy PLSA

2: * * * * *

PRÉMIO TRANSFÉRIO (R\$) — 10% (R\$) — PRÉMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO -

SEM RESERVA

304 UNICA

刀劍

-PRÉMIO TARIFÁRIO

114

—CUSTODIA DE LA VIDA
SEGURIDAD

卷之三

23

S 11 G S

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200009769 **Cidade:** Triunfo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ **Data do acidente:** 06/07/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA ESQUERDA.

Descrição do exame DEAMBULA COM DIFÍCULDADE , EDEMA RESIDUAL DORMÊNCIA E FORMIGAMENTO DIFÍCULDADE DE FIXAR O PÉ
físico: NO CHÃO.

Resultados terapêuticos: FEITO CIRURGIA COM COLOCAÇÃO DE PINOS COM ALTA HOSPITALAR 07/07/19 FEITO FISIOTERAPIA - ALTA DEFINITIVA EM 28/10/2019.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/01/2020

Conduta mantida:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ, brasileiro, solteiro, analista de sistemas, portador da Cédula de Identidade nº 7246798 SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 100.221.664-83, residente e domiciliado no Sítio Pará, Zona Rural, Triunfo/PE, CEP: 56.870-000.

OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima: **SANDERSON DA COSTA QUEIROZ**.

Triunfo/PE, 05 de agosto de 2019.

Sanderon da Costa Queiroz
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS, RI, RTD, PJ E PROTESTOS
PRAÇA 15 DE NOVEMBRO, 124 - CENTRO - TRIUNFO/PE - FONE (87) 3846-1278

PE

Reconheço Por Autenticidade a firma de SANDERSON DA COSTA QUEIROZ, em 05/08/2019 e
deu nome de Haroldo Magalhães de Carvalho, de verdade. Substituto: EDIVANEIDE MENEZES DE SOUZA. Email:
361.TSNR0.86. FERC: 0,40. Total:4,79. Tele:00738412WLD7201806.00067.



Consulte Autenticidade em: www.tjpe.jus.br/autenticidade



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ, brasileiro, solteiro, analista de sistemas, portador da Cédula de Identidade nº 7246798 SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 100.221.664-83, residente e domiciliado no Sítio Pará, Zona Rural, Triunfo/PE, CEP: 56.870-000.

OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima: **SANDERSON DA COSTA QUEIROZ**.

Triunfo/PE, 05 de agosto de 2019.

Sander son da Costa Queiroz
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS, RL, RTD, PJ E PROTESTOS
PRAÇA 15 DE NOVEMBRO, 121 - CENTRO - TRIUNFO-PE - FONE: (87) 3846-1279

ANTONIO ORLANDO BRALZ DE SOUZA - TITULAR | EDIVANEIDE MENEZES DE SOUZA - SUBSÍTITO



Reconheço Por Autenticidade a firma de SANDERSON DA COSTA QUEIROZ, em 05/08/2019 e
deu N.E. para, 05, de verdade. Substituto: EDIVANEIDE MENEZES DE SOUZA. Email:
361. TSNR: 0,86. FERC: 0,40. Total: 4,79. Selo: 0073841ZWL07201906.00087.



Consulta Autenticidade em: www.tjpe.jus.br/validadigital



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364671/19

Vítima: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

CPF: 100.221.664-83

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/07/2019

Titular do CPF: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO : 041.542.024-56

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

SANDERSON DA COSTA QUEIROZ : 100.221.664-83

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: 18/10/2019
Nome: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
CPF: 041.542.024-56

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

JONATAN BARBOSA DE BARROS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008858/20

Vítima: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

CPF: 100.221.664-83

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/07/2019

Titular do CPF: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO : 041.542.024-56

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

SANDERSON DA COSTA QUEIROZ : 100.221.664-83

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: 08/01/2020
Nome: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
CPF: 041.542.024-56

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

JONATAN BARBOSA DE BARROS

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, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200009769

Vítima: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

Data do Acidente: 06/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

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, 10 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200009769

Vítima: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

Data do Acidente: 06/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

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

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica 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