
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

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, 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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 10022166483 4 - Nome completo da vítima: SANDERSON 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: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ 6 - CPF: 10022166483
7 - Profissão: ANALISTA DE SISTEMAS 8 - Endereço: SÍTIO PARA 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: TRIUNFO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.800-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (87) 38461036

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 27391 CONTA: 22101 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, 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.

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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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, Triunfo/PE, 03 de outubro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarando)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Extrato de Conta Corrente

Nome: SANDERSON COSTA QUEIROZ

Agência: 2739-1 Conta: 22101-5

Movimentos			Valor
D	01/09/2019	Saldo anterior	0,00 (+)
D	01/09/2019	Transferência recebida	2.620,00 (+)
01/09/2019 2739 24297-7 ARMANDO RODRIG			2.620,00 (+)
Saldo			
Saldo			1.199,05 (+)
Saldo			3.819,05 (+)
Saldo			0,00
Saldo			02/09/2019
Saldo			0,00
Saldo			02/09/2019

Aplicação	Saldo	Saldo	1.199,05
POU	Saldo	ATOMATICO	1.199,05
Total	Saldo	Saldo	
* Saldo	Saldo	Saldo	
Sujeito	Saldo	Saldo	



Boletim de Ocorrência

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



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 181ª CIRCUNSCRICAO - TRIUNFO -
DP181ªCIRC DINTER2/21ªDESEC**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0271000243

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

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

Fato ocorrido no endereço: **RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, 1, PE 358 -**
Bairro: **CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRAZIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

A PRÓPRIA VÍTIMA (AUTOR / AGENTE)
SANDERSON DA COSTA QUEIROZ (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
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: 25/7/1991 Naturalidade: TRINDADE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7246798/SDS/PE (RG), 10022106483 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3ª. GRAU COMPLETO Profissão: ANALISTA DE SISTEMAS Endereço Residencial: RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO,, SITIO PARÁ ZONA RURAL - CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRAZIL

A PRÓPRIA VÍTIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ROSINEIDE DA COSTA QUEIROZ Pai: SANDOVAL ALVES DE QUEIROZ Data de Nascimento: 25/7/1991 Naturalidade: TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7246798/SDS/PE (RG), 10022106483 (CPF), 00357038510 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3ª. GRAU COMPLETO Profissão: ANALISTA DE SISTEMAS Endereço Residencial: RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO,, SITIO PARÁ ZONA RURAL - CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRAZIL

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: **AUTOMOVEL/GM/ONIX** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGF8334** (PERNAMBUCO/TRIUNFO) Renavam: **538687789** Chassi:
9B0KS48L0DG300017
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA A PESSOA DE SANDERSON DA COSTA QUEIROZ NOTICADO QUE SOFREU ACIDENTE DE TRANSITO NA DATA ACIMA CITADA QUANDO TRAFEGAVA EM SEU VEICULO ONIX NA PE 368 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 A 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 son da Costa Queiroz
SANDERSON DA COSTA QUEIROZ
(VITIMA)

A PROPRIA VITIMA
(AUTOR / AGENTE)

B.O. registrado por: **PATRICIA KAWLA RABELO TORRES** Matrícula: **356300-0**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 10022166483 4 - Nome completo da vítima: SANDERSON 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: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ 6 - CPF: 10022166483
7 - Profissão: ANALISTA DE SISTEMAS 8 - Endereço: SÍTIO PARA 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: TRIUNFO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.800-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (371) 38461036

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 27391 CONTA: 22101 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, 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.

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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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, Triunfo/PE, 03 de outubro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarando)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Extrato de Conta Corrente

Nome: SANDERSON COSTA QUEIROZ

Agência: 2739-1 Conta: 22101-5

Movimentos			Valor
D	01/09/2019	Saldo anterior	0,00 (+)
D	01/09/2019	Transferência recebida	2.620,00 (+)
01/09/2019 2739 24297-7 ARMANDO RODRIG			2.620,00 (+)
Saldo			
Saldo			1.199,05 (+)
Saldo			3.819,05 (+)
Saldo			0,00
Saldo			02/09/2019
Saldo			0,00
Saldo			02/09/2019

Aplicação	Saldo	Saldo	1.199,05
POU	Saldo	Saldo	1.199,05
Total	Saldo	Saldo	
* Saldo	Saldo	Saldo	
Sujeito	Saldo	Saldo	



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. JOÃO 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: 052.652.245-82	DATA DE VENCIMENTO 25/09/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 18/09/2019	CONTA CONTRATO 000898434028
	TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 18/09/2019	Nº DO CLIENTE 2000578632
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA SI PARA 110 TRIUNFO - RURAL/TRIUNFO RURAL 56870-000 TRIUNFO PE	CLASSIFICAÇÃO B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL Trifásico		Nº DA INSTALAÇÃO 0903934453
	RESERVADO AO FISCO CB47.C8F9.4533.479C.69D2.CC72.6011.7D46		

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	205,00	0,43729967	89,64
Acréscimo Bandeira VERMELHA			8,58
Contribuição CERTR - (087) 3848-1382			5,00
TOTAL DA FATURA			103,22

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		
ICMS	PIS	COFINS
BASE DE CÁLCULO	BASE DE CÁLCULO	BASE DE CÁLCULO
%	%	%
VALOR DO IMPOSTO	VALOR DO IMPOSTO	VALOR DO IMPOSTO
0,00	98,22 0,01	0,79 98,22 3,72 3,65

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,41749200	SET 19	205
		AGO 19	236
		JUL 19	234
		JUN 19	220
		MAI 19	251
		ABR 19	220
		MAR 19	250
		FEV 19	220
		JAN 19	292
		DEZ 18	238
		NOV 18	256
		OUT 18	276
		SET 18	211

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
Geração de Energia	46,50 46,73
Transmissão	4,80 4,68
Distribuição (Celpe)	27,92 26,43
Energias Soterrâneas	6,36 6,08
Tributos	4,44 4,32
Perdas de Energia	8,80 8,56
TOTAL	98,22 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000003161449570	CAT	20/08/2019	5.721,00	18/09/2019	5.926,00	29	1,00000	0,00	205,00
00000003161449570	CRT	20/08/2019	5.564,00	18/09/2019	5.826,00	29	1,00000	0,00	142,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 20/10/2019									

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Jul2019					
DIC-No.de horas sem Energia		3,12	10,73	21,46	42,52
FIC-No.de vezes sem Energia		3,50	7,87	15,34	30,69
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		2,91	5,78	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICR: 16,80
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 46,48					
Toda Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você ag correios santa cruz da vito: rua padre cicero centro / nova modas: rua padre cicero 180 centroLista 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. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês Isenção do ICMS conforme Art.9.XLVIII.d do RICMS-PE. Desconto Incondicional pela Aplicação da Tarifa B2 RURAL = R\$ 28,31. O Cliente é compensado quando há descumprimento do 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.	NÍVEIS DE TENSÃO <table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> <tr> <td>380</td> <td>350</td> <td>399</td> </tr> </table>		TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231	380	350	399
	TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)												
		MÍNIMO	MÁXIMO											
	220	202	231											
380	350	399												
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA 														
Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.														

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO 000898434028	MÊS/ANO 09/2019	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 25/09/2019	TALÃO DE PAGAMENTO
--------------------------------	--------------------	----------------------------	--------------------------	--------------------

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



FIXO

TELEMAR NORTE LESTE S/A
 CNPJ: 33.000.118/0014-93 - INSC. ESTADUAL: 181.001.0019148-4
 RUA JOAQUIM FELIPE, 158 - RECIFE - PE CEP: 50050-305
 MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

PAG.: 1/5



CTC RECIFE PE PL5
 HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
 PCA QUINZE DE NOVEMBRO, 124
 CENTRO
 50870-000 TRIUNFO PE



7213512820 09457 00000001628 30 050919

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

OI FIXO

69,20

PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL

PACOTE DE MINUTOS FIXO-MOVEL LOCAL

PACOTE DE MINUTOS LONGA DISTANCIA COM 31

SERVICOS DIGITAIS



EXCEDENTES, OUTROS SERVICOS E TAXAS

R\$ 38,94

LIGACOES FIXO-FIXO

17,54

LIGACOES FIXO-MOVEL

14,00

SERVICOS OUTRAS PRESTADORAS E DE TERCEIROS

1,92

OUTROS VALORES

5,48

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)9xxx-xxxx.
 Mais informações em oi.com.br/9digito.

CODIGO MINHA OI
 091201460307

www.oi.com.br/MinhaOI

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



TELEMAR NORTE LESTE S/A
 CNPJ: 33.000.118/0014-93 - INSC. ESTADUAL:
 181.001.0019148-4
 RUA JOAQUIM FELIPE, 158 - RECIFE - RECIFE: 50050-305
 MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
 TELEFONE/CONTRATO: 3846-1036 CJ 0 SU 3
 CONTA 08/2019 LOCAL 4952 DV 1

CODIGO MINHA OI
 091201460307

www.oi.com.br/MinhaOI

Consulte-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

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/BIBLIOTECASWEB/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Henildo Magalhães de Azevedo inscrito (a) no CPF sob o Nº 041542609 / 56 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Somerson do Costa Linsing inscrito (a) no CPF sob o Nº 100221664 / 83 do sinistro de DPVAT cobertura DAMS da Vítima Somerson do Costa Linsing inscrito (a) no CPF sob o Nº 100221664 / 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	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56830-000</u>
Email <u>hmc.azevedo@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 3546-1036</u>	Telefone celular (DDD)

Trunfo 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 mar

Data e Hora: 06.07.19 19:03	Nº. Ocorrência
Nome: Alexandre Alves Queiroz Junior	Data Nascimento: 08/07-2002
Profissão: Estudante	Sexo: M
End.: Sitia Simbionista	Doc. Ident.:
Responsável: Se mesma	
End/Fone: 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 bitúico há 18 horas, apresenta do dor costal esquerdo.		

Tratamento:

- TEVOXICAM - 0,5g, EV, 800mg. 19:35
- DEXAMETASONA - 0,5g, EV, 800mg. 19:35

Dr. Alexandre Lima
Médico
CRM-PE 27469



Impressão Diagnóstica:

Dor Costal A/E.

Destino do Paciente
Removido para Hospital

Residência ☐

Internado ☐

Transferido ☐

Óbito às

horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:



Dr. Antônio Rodrigues de Freitas

CRM 7351

ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA

Para: *Anderson da Costa*

do uso inf.

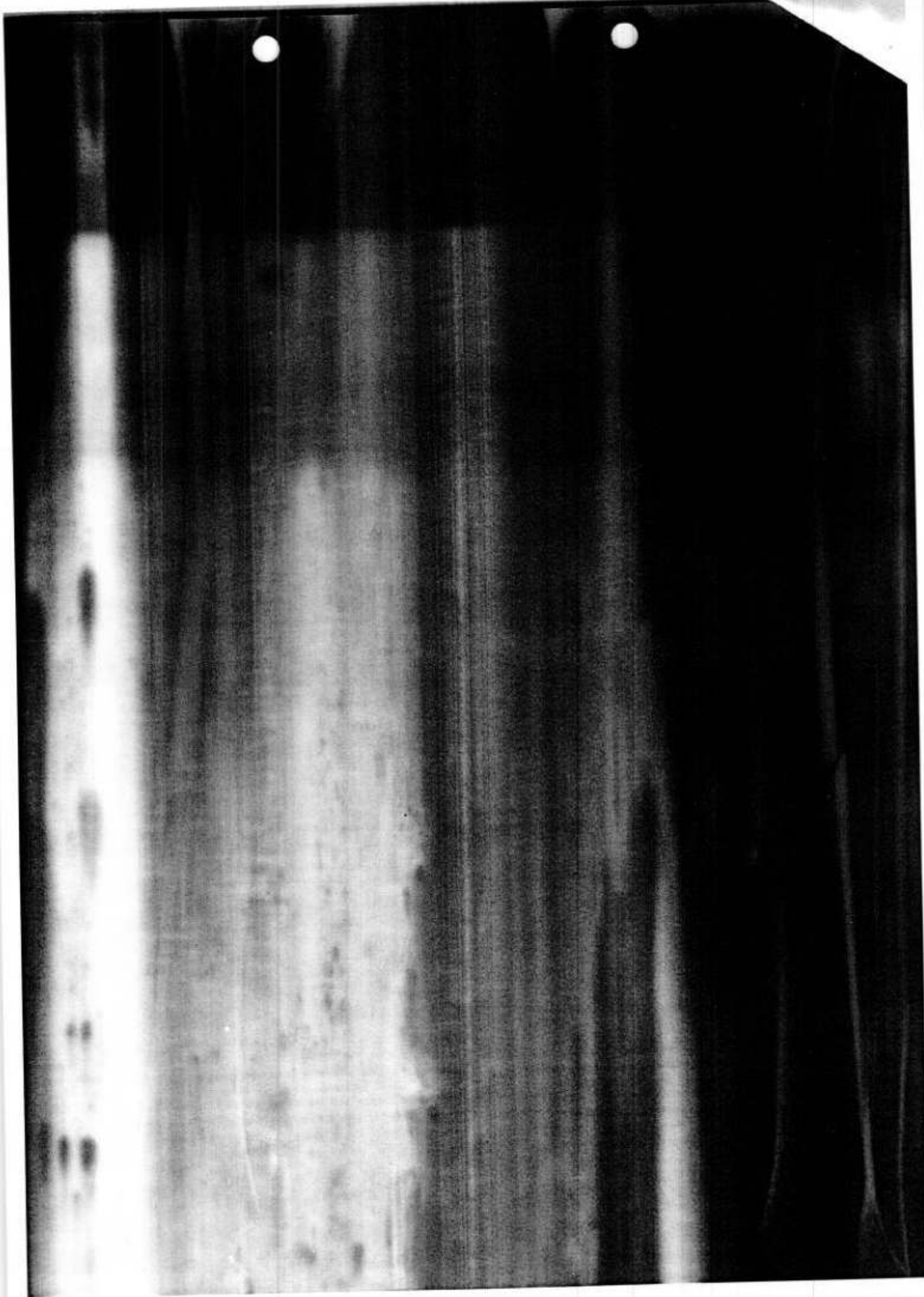
algie 150

vacar as med. após
e após a consulta (atender)

ST *16/07/19*

Antônio Rodrigues
Traumato-Ortopedia
CRM 7351 CPF 056552003-25

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





Hospital São Vicente

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

ORÇAMENTO

Equipe ortopedica	3500
fixação	1200
	4000

ANEST.

HOSPITAL

SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

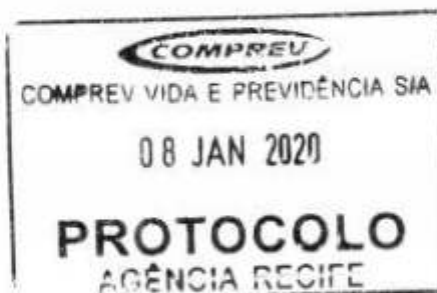
Paciente vítima de acidente automobilístico, no dia 06/07/2019 no município de Triunfo-PE. Após o acidente foi constatada fratura na tíbia esquerda. Realizada cirurgia para osteossíntese no Hospital São Vicente.

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. Vânia Lopes Gonçalves
Médica
CRM-PE 27.815



TEM SE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 06549661

USO OBLIGATORIO PARA TODOS OS FINS LEGAIS (Art. 1º da Lei nº 8.429/92)



ASSINATURA DO PORTADOR

0000000000



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO REGIONAL DE PERNAMBUCO
IDENTIDADE DE ADVOGADO

25252-D

Nome: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO

Filhos: RAFAEL LUIZ DE CARVALHO
INELIA MARIA MAGALHÃES DE CARVALHO

Nascimento: 13/01/1984

Residência: SERRA TALHADA-PE

RG: 9422847 - RG/PE

CPF: 041.542.024-98

Expediente: 01 16/10/2007

Presidente do Conselho Regional

COMPREV - IDA - PREVIDÊNCIA S/A

05 NOV 2019

PROTOCOLO

PREVIDÊNCIA S/A

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PE Nº 013433507006
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CÔD. RENAVAL 538687789 R.N.T.R.C. 2017 EXERCÍCIO 2017

SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

TRIUNFO-PE

CPF / CNPJ 100.221.664-83

PLACA PGE8334

PLACA ANT / UF ***** / PE

CHASSI 9BGRS48L0DG300017

PAS / AUTOMÓVEL

COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

CHEVROLET/ONIX 1.4MT LT

ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2013

5P/106CV/1400CL

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE BRANCA

IPVA 2017 QUITADO

VENÇ. COTA ÚNICA 1ª *****

V 1

PARCELAMENTO / COTAS

2ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

COMPANHIA ORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013433507006 BILHETE DE SEGURO DPVAT
SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

CASA TRIUNFO-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 13/05/17

VIA 1 CPF / CNPJ 100.221.664-83

PLACA PGE8334

RENAVAL 538687789

MARCA MODELO CHEVROLET/ONIX 1.4MT LT

ANO FAB. 2013

Nº CHASSI 9BGRS48L0DG300017

PRÊMIO TARIFÁRIO

RIS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL DO BILHETE (R\$)

COTA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE PAGAMENTO

PROTÓCOLO 05 NOV 2017

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 físico: DEAMBULA COM DIFICULDADE, EDEMA RESIDUAL DORMÊNCIA E FORMIGAMENTO DIFICULDADE DE FIXAR O PÉ 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.

Sander son da Costa Queiroz
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

 **CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS, RL, RTD, PJ E PROTESTOS**
PRAÇA 15 DE NOVEMBRO, 124 - CENTRO - TRIUNFO/PE - FONE (87) 3846.1036
ANTONIO ORLANDO BRAS DE SOUZA - TITULAR | EDIVANEIDE MENEZES DE SOUZA - SUBSTITUTO

Reconheço Por Autenticidade a firma de SANDERSON DA COSTA QUEIROZ, em 05/08/2019 e deu 18. Em test. 18, da verdade. Substituída EDIVANEIDE MENEZES DE SOUZA. E-mail: 3.61.TBMR.9.84. FERC: 0.60. Total: 4.78. Série: 00738412WLO720190600067.



Consulte Autenticidade em: www.tjpe.jus.br/sistema/digital



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.

SanderSON da Costa Queiroz
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

 **CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS, RL, RTD, PJ E PROTESTOS**
PRAÇA 15 DE NOVEMBRO, 124 - CENTRO - TRIUNFO/PE - FONE (87) 3846.1036
ANTONIO ORLANDO SOUZA DE SOUZA - TITULAR | EDIVANE DE MENEZES DE SOUZA - SUBSTITUTO

Reconheço Por Autenticidade a firma de SANDERSON DA COSTA QUEIROZ, em 05/08/2019 e deu fé. Emitido em 05/08/2019. Substituído por EDIVANE DE MENEZES DE SOUZA. E-mail: 3.61 TSNR.0.60. FERC: 0.40. Total: 4,79. Selo: 0073841ZWLD720190600087.



Consulte Autenticidade em: www.ipejor.br/valida?id=8



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364671/19

Vítima: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

CPF: 100.221.664-83

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/07/2019

Titular do CPF: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

CPF de: Próprio

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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/07/2019

Titular do CPF: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

CPF de: Próprio

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

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



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 médico-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

