

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 5596
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	DATA DE VENCIMENTO 04/09/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 28/08/2019	CONTA CONTRATO 004007092542
MARIA DO CARMO MARQUES AGUIAR	TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 28/08/2019	Nº DO CLIENTE 2001505334
CPF: 536.234.954-68		NÚMERO DA NOTA FISCAL 075474314	Nº DA INSTALAÇÃO 0006470993
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA	CLASSIFICAÇÃO B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL Monofásico		
VI MANDASSAIA 2	RESERVADO AO FISCO 622E.F9D6.A396.9809.9850.6972.14F1.0462		
MADASSAIA RURAL/MANDASSAIA 55170-000 BREJO DA MADRE DE DEUS 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			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.			
Consumo Ativo(kWh)	155,00	0,43561143	67,51	Vencido	De Rece	Valor	
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,15	05/08/19	28/08/19	92,13	
Acréscimo Bandeira VERMELHA			6,03				
Contribuição CERAPE - (081) 3722-8900			3,00	Esta companhia NÃO substitui ações de dívidas anteriores a NÃO exemplar de débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 95 RDE 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.			



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

HRA

3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____/____/____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido

() Transferência: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____/____/____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

02/09/2018 11:19:57
2 de 2

Usuario do Atendimento
MARIAISC

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 2/9/18 DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 2/9/18

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Guilherme Fereira dos Santos

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Fratura de clavícula E

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Tratamento conservador de clavícula E
Alto 3/9/18

ALTA MÉDICA: ☒ SIM ☐ NÃO

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO
CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO

☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido):

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1ª	Travessa direita com lesão V/C
2ª	em membro superior articular. Teor de
3ª	flexão e extensão em 50%.
4ª	

Assinatura do médico: Guilherme
Assinatura do paciente: Guilherme
Data: 31/10/19

Dr. Victor Chagum
CRM-PE 22144
Assinatura do médico: [Assinatura]
CRM-PE 22144

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TAVARES BURIL

07923



BOLEGAR DIREITO



Maria José da Costa Lima

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE
EXPEDIÇÃO 15.03.2000

6621556

MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO

Maria Severina da Conceição

NATURALIDADE

Brejo da Madre de Deus-PE.

DATA DE NASCIMENTO

29.03.1983.

DIC ORIGEM

C.N.165.F.42.L."A"-A-1.Cart.Brejo da
Madre de Deus-PE.

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

L. 116 DE 29/08/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

MARIA JOSE DA CONCEICAO

Nº de Inscrição

012325894-46

Data do Nascimento

29/03/83



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

PE Nº 014668115335

BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEVERINO JOSE DA SILVA

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

BREJO DA MADRE DE DE		EXERCÍCIO 2018	DATA EMISSÃO 08/07/19
VIA	CPF/CNPJ 086.069.284-10	PLACA PDM8219	
RENAVAM 199181809	MARCA/MODELO HONDA/NXR160 BRO3 ESDD		
ANO/FAB 2015	CAT. TARIF 09	Nº CHASSI 9C2KD0810GR412692	

PRÊMIO TARIFARIO

FNS (R\$) 01.29	DENATRAN (R\$) 9.03	CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15	IOF (R\$) 0.70	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$) 185.50
PAGAMENTO <input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO		DATA DE QUITAÇÃO 28/02/18

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

JAN-2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190644371 **Cidade:** Brejo da Madre de Deus **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 02/09/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA

Descrição do exame físico: AO EXAME DO OMBRO ESQUERDO: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME (1+/4+) EM OMBRO, ATROFIA MODERADA DA CINTURA ESCAPULAR, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E ABDUTORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 30°, DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO EM 25°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 10°, ATROFIA DE LEVE INTENSIDADE EM MUSCULATURA DELTOIDE.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 02/09/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO OITO EM FAIXA POR 45 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/02/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190644371 **Cidade:** Brejo da Madre de Deus **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 02/09/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P.1

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190644371 **Cidade:** Brejo da Madre de Deus **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 02/09/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P.1

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0404796/19

Número do Sinistro: 3190644371

Vítima: GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS

CPF: 012.325.894-46

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 02/09/2018

CPF de: Representante

Titular do CPF: MARIA JOSE DA CONCEICAO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

MARIA JOSE DA CONCEICAO : 012.325.894-46

Autorização de pagamento

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: 26/12/2019
Nome: MARIA JOSE DA CONCEICAO
CPF: 012.325.894-46

MARIA JOSE DA CONCEICAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190644371**

Nome do(a) Examinado(a): **GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

VI MANDASSAIA, 02 - Brejo da Madre de Deus - PE - CEP 55170-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **6621556**

Data e local do acidente: [**02/09/2018**] **BREJO DA MADRE DE DEUS PE**

Data e local do exame: [**03/02/2020**] **Goiana** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME DO OMBRO ESQUERDO: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME (1+/4+) EM OMBRO, ATROFIA MODERADA DA CINTURA ESCAPULAR, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E ABDUTORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 30°, DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO EM 25°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 10°, ATROFIA DE LEVE INTENSIDADE EM MUSCULATURA DELTOIDE.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 02/09/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO OITO EM FAIXA POR 45 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do ombro esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Ombro esquerdo

% do dano: () 10% residual (☒) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8085 - CRO-PB 24411
TÉCNICO 14830



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DADS (DESAPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☐ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

Guilherme Ferreira dos Santos

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

5 - Nome completo:

Maria José de Conceição

6 - CPF:

019.395.894-46

7 - Profissão:

Recusou

8 - Endereço:

Via Mandarim

9 - Número:

29

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

Brasão de M. de Deus

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55370-000

15 - E-mail:

Recusou

16 - Tel (DDD):

81-993046299

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:

Maria José de Conceição

18 - CPF do Representante Legal:

019.395.894-46

19 - Profissão do Representante Legal:

Recusou

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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. Assinalar uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Bradesco

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

4147

CONTA:

60003462

7

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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ 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) vivo(s)?

☐ 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:

Brasão de M. de Deus 08/11/19

Maria José de Conceição

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 13/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOSE DA CONCEICAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01038

CONTA: 000000052697-7

Nr. da Autenticação E9EC1D223D118CD0

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190644371 Vítima: GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 02/09/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA JOSE DA CONCEICAO

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190644371

Vítima: GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA JOSE DA CONCEICAO

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, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190644371

Vítima: GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA JOSE DA CONCEICAO

Em razão da falta de apresentação do(a) LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, FOLHAS CIRÚRGICAS, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA., não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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

Carta nº 15295897



Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190644371 **Vítima: GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS**

Data do Acidente: 02/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA JOSE DA CONCEICAO

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: _____ 4 - Nome completo da vítima: Guilherme Ferreira dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo: Maria José da Conceição 6 - CPF: 019.395.894-46
7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Vi. Mandacaruia 9 - Número: 22 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Brasão de M. de Deus 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55170-000
15 - E-mail: Recusou 16 - Tel (DDD): 81.993.046299

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: Maria José da Conceição
18 - CPF do Representante Legal: 019.395.894-46 19 - Profissão do Representante Legal: Recusou

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

31 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos citados. Assinalar uma opção)

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 4147 CONTA: 00003462 7
(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/ressarcimento 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.

32 - 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 da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ 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(na)? ☐ 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

Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

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: _____

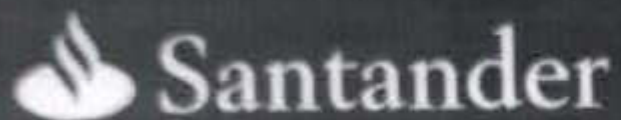
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Brasão de M. de Deus 08/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
Maria José da Conceição



POUPANÇA

5021 2126 0335 3645

MEMBER
SINCE

09/14

GOOD
THRU

09/21

MARIA J CONCEICAO

4147 60003462-7

MasterCard

débito



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0154001206

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/11/2019** às **09:44**

Complementa o BO Número:

19E0154001146

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **2/9/2018** no período da Manhã

Natureza Jurídica: **QUEDA DE MOTO**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, RUA DO POSTO DE SAÚDE - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)

MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO (NOTICIANTE)

SEVERINO JOSÉ DA SILVA (OUTRO)

GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO

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

GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: **MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO** Pai: **JOSÉ JURANDY FERREIRA** Data de Nascimento: **1/10/2003** Naturalidade: **BREJO DA MADRE DE DEUS / PERNAMBUCO / BRASIL**

Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SÍTIO MANDACAIÁ S/N, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS-PE - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino

Mãe: **MARIA SEVERINA DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **29/3/1983** Naturalidade: **BREJO DA MADRE DE DEUS / PERNAMBUCO / BRASIL**

Documentos: **6621556/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **DO LAR**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SÍTIO MANDACAIÁ S/N, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

SEVERINO JOSÉ DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): SEVERINO JOSÉ DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a):
MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESDD Objeto apreendido: Não

Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: PDMM219 (PERNAMBUCO/BREJO DA MADRE DE DEUS) Chassi: 9C2HD0810GR412692

Ano Fabricação/Modelo: 2015/2015 Combustível: ALCOI/GASOL

Complemento / Observação

AFIRMA A MÃE DA VÍTIMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE, QUE PASSOU POR ALGUM OBJETO E ACABOU SE DESEQUILIBRANDO E CAINDO, A MESMA NÂ TEVE FERIMENTOS PORÉM SEU FILHO TEVE FERIMENTOS MAIS GRAVES E FOI SOCORIDA POR POPULARES PARA O HOSPITAL LOCAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS-PE E TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE-HRA.

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

GUILHERME FERREIRA DOS
SANTOS
(VITIMA)

MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO
(NOTICIANTE)

Guilherme Ferreira dos Santos *Maria José da Conceição*

B.O. registrado por: SEVERINO EVÁLDIO DO NASCIMENTO - Matrícula: 159.816-3

Severino Evaldo do Nascimento
Comissário Especial da Polícia
Mat. 159.816-3





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0154001146

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 24/10/2019 às 11:52

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 10/9/2018 no período da Manhã

Natureza Jurídica: QUEDA DE MOTO

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, RUA DO POSTO DE SAÚDE - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)

MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO (NOTICIANTE)

SEVERINO JOSÉ DA SILVA (OUTRO)

GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO

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

GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO Pai: JOSÉ JURANDY FERREIRA Data de Nascimento: 1/10/2003 Naturalidade: BREJO DA MADRE DE DEUS / PERNAMBUCO / BRASIL

Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SÍTIO MANDACAIA S/N, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS-PE - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino

Mãe: MARIA SEVERINA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 29/3/1983 Naturalidade: BREJO DA MADRE DE DEUS / PERNAMBUCO / BRASIL

Documentos: 6621556/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SÍTIO MANDACAIA S/N, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

SEVERINO JOSÉ DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): SEVERINO JOSÉ DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a):

MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESDO Objeto apreendido: Não

Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: PDM8219 (PERNAMBUCO/BREJO DA MADRE DE DEUS) Chassi: 9C2HD0610GR412692

Ano Fabricação/Modelo: 2015/2015 Combustível: ALCOV GASOL

Complemento / Observação

AFIRMA A MÃE DA VÍTIMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE, QUE PASSOU POR ALGUM OBJETO E ACABOU SE DESEQUILIBRANDO E CAINDO, A MESMA NÃO TEVE FERIMENTOS PORÉM SEU FILHO TEVE FERIMENTOS MAIS GRAVES E FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA O HOSPITAL LOCAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS-PE E TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE-HRA.

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

Guilherme Ferreira dos Santos maria Jose da conceicao

GUILHERME FERREIRA DOS
SANTOS
(VÍTIMA)

MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO - Matrícula: 159.816-3

Severino Evaldo do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 159.816-3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

Guilherme Ferreira dos Santos

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

5 - Nome completo: Maria José da Conceição

6 - EPE:

019325894-46

7 - Profissão: Recusou

8 - Endereço: Vi. Moncharras

9 - Número: 02

10 - Complemento:

11 - Bairro: Zona Rural

12 - Cidade: Brejo da M. de Deus

13 - Estado: PE

14 - CEP:

55170-000

15 - E-mail: Recusou

16 - Tel (DDD):

81-993046299

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: Maria José da Conceição

18 - CPF do Representante Legal: 019.325.894-46

19 - Profissão do Representante Legal: Recusou

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 (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒

CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 (assinale 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:

☐

Sim

☐

Não

30 - Vítima deixou nascituro (nascidos)?

☐

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 293 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:

Brejo da Madre de Deus 08/11/19

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)