

Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190481479 Vítima: HARIMATE LACERDA DA SILVA

Data do Acidente: 16/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), HARIMATE LACERDA DA SILVA

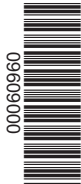
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e correto da vítima, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.
-----------------------	---

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, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190481479

Vítima: HARIMATE LACERDA DA SILVA

Data do Acidente: 16/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HARIMATE LACERDA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190481479

Vítima: HARIMATE LACERDA DA SILVA

Data do Acidente: 16/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HARIMATE LACERDA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **HARIMATE LACERDA DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000000152-X**

Conta: **0000025810-5**

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

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: 079.329.154-22 4 - Nome completo da vítima: Maximatê Lacerda da Silva

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

5 - Nome completo: Maximatê Lacerda da Silva 6 - CPF: 079.329.154-22
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: B. Ulisses Norões 9 - Número: 18 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Vila Delmiro 12 - Cidade: São José do Bonfim 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56950-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 87-9634-4907

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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:
(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) ☐ 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 (vair nascer)? ☐ 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: EXCELSIOR SEGUROS
CPF: 15 AGO. 2019
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: SEGURO DPVAT
CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Serra Talhada 24/10/2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 3190/281479 3 - CPF da vítima: 049.329.154-22 4 - Nome completo da vítima: Maximati Lacerda da Silva

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

5 - Nome completo: Maximati Lacerda da Silva 6 - CPF: 049.329.154-22
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Brasília Novaes 9 - Número: 18 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: 21 de Setembro 12 - Cidade: João José do Brasil 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56950-000
15 - E-mail: 87.9634-4907 16 - Tel. (DDD)

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 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, TUTOR E CURADOR)

☐ 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:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 a apresentação da documentação necessária, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa minha concordância com a 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 (ou 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 (ou nascos)?

☐ 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

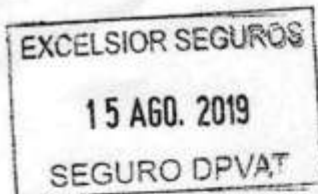
40 - Local e Data, João Pessoa

Maximati Lacerda da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

Porcira de Fenezen
43 - Assinatura do Procurador (se houver)
Sina Cavalcante



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 178ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE - DP178ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0268000448

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/06/2019** às **10:32**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados), que aconteceu no dia **16/4/2019** no período da **Tarde**

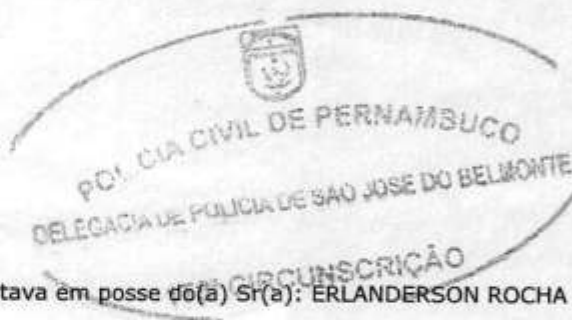
Fato ocorrido no endereço: **PE 430, PROXIMO AO SITIO LAGOA DA EXTREMA - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ERLANDERSON ROCHA DA SILVA (OUTRO)
HARIMATE LACERDA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

ERLANDERSON ROCHA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **QUITERIA MARIA DA SILVA** Pai: **JOÃO EDILSON ROCHA DA SILVA** Data de Nascimento: **13/2/1991** Naturalidade: **SAO JOSE DO BELMONTE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **TRAVESSA ANTONIO NUNES DE CARVALHO, N° 29, VILA DELMIRO, AO LADO NEGUINHO DO PEIXE - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

HARIMATE LACERDA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA RITA DA SILVA LACERDA** Pai: **EDMILSON GONÇALO DE LACERDA** Data de Nascimento: **13/5/1987** Naturalidade: **SAO JOSE DO BELMONTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7850840/SDS/PE (RG)** Profissão: **MOTOTAXISTA** Telefones Celulares: **- 999476640**

Residencial: **RUA EUCLIDES CAVALCANTE NOVAIS. N° 18, VILA DELMIRO, EM FRENTE AO MERCADINHO DE LALA - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ERLANDERSON ROCHA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ERLANDERSON ROCHA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESDD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Placa: **PCA4636** (PERNAMBUCO/SAO JOSE DO BELMONTE) Renavam: **117484748** Chassi: **9C2KD0810KR004781**

Ano Fabricação/Modelo: **2018/2019** Combustível: **ALCO/GASOL**

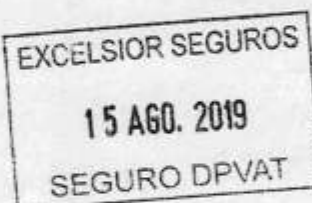
Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL O SENHOR HARIMATE LACERDA DA SILVA COMUNICANDO ESTÁ OCORRÊNCIA. INFORMA O MESMO QUE VINHA NA CONDIÇÃO DE GARUPA DO VEICULO ACIMA RELACIONADO O QUAL ESTAVA SENDO CONDUZINDO POR SEU PRIMO DE NOME ERLANDERSON ROCHA (PROPRIETARIO DA MOTO) PELA PE 430 SENTIDO CEARA / SÃO JOSE DO BELMONTE QUANDO NAS PROXIMIDADES DO SÍTIO LAGOA DA EXTREMA A VÍTIMA COCHILOU PENDENDO PARA O LADO DIREITO, MOMENTO QUE ATRAPALHOU O EQUILIBRIU DO CONDUTOR E VEIO CAIR AO SOLO. QUE POSTERIRMENTE FORA CONDUZINDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE SÃO JOSE DO BELMONTE ONDE DEU ENTRADA MEDIANTE REGISTRO DE N° 00006229 DATADO EM 16/04/2019. SEM MAIS PARA O MOMENTO ENCERRO ESTE B.O.E //

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

ERLANDERSON ROCHA DA SILVA
(OUTRO)

HARIMATE LACERDA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **THIAGO AUGUSTO DA SILVA RODRIGUES** - Matrícula: **320258-5**

EXCELSIOR SEGUROS

15 AGO. 2019

SEGURO DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 178ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE - DP178ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0268000448**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/06/2019** às **10:32**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **16/4/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **PE 430, PROXIMO AO SITIO LAGOA DA EXTREMA - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ERLANDERSON ROCHA DA SILVA (OUTRO)
HARIMATE LACERDA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ERLANDERSON ROCHA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: QUITERIA MARIA DA SILVA Pai: JOÃO EDILSON ROCHA DA SILVA Data de Nascimento: 13/2/1991 Naturalidade: SAO JOSE DO BELMONTE / PERNAMBUCO / BRASIL
Residencial: **TRAVESSA ANTONIO NUNES DE CARVALHO, N° 29, VILA DELMIRO, AO LADO NEGUINHO DO PEIXE - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

HARIMATE LACERDA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA RITA DA SILVA LACERDA Pai: EDMILSON GONÇALO DE LACERDA Data de Nascimento: 13/5/1987 Naturalidade: SAO JOSE DO BELMONTE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7850840/SDS/PE (RG) Profissão: MOTOTAXISTA Telefones Celulares: - 999476640

Residencial: **RUA EUCLIDES CAVALCANTE NOVAIS. N° 18, VILA DELMIRO, EM FRENTE AO MERCADINHO DE LALA - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ERLANDERSON ROCHA DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): ERLANDERSON ROCHA DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESDD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE)**

Placa: **PCA4636** (PERNAMBUCO/SAO JOSE DO BELMONTE) Renavam: **117484748** Chassi: **9C2KD0810KR004781**

Ano Fabricação/Modelo: **2018/2019** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL O SENHOR HARIMATE LACERDA DA SILVA COMUNICANDO ESTÁ OCORRÊNCIA. INFORMA O MESMO QUE VINHA NA CONDIÇÃO DE GARUPA DO VEICULO ACIMA RELACIONADO O QUAL ESTAVA SENDO CONDUZINDO POR SEU PRIMO DE NOME ERLANDERSON ROCHA (PROPRIETARIO DA MOTO) PELA PE 430 SENTIDO CEARA / SÃO JOSE DO BELMONTE QUANDO NAS PROXIMIDADES DO SÍTIO LAGOA DA EXTREMA A VÍTIMA COCHILOU PENDENDO PARA O LADO DIREITO, MOMENTO QUE ATRAPALHOU O EQUILIBRIU DO CONDUTOR E VEIO CAIR AO SOLO. QUE POSTERIRMENTE FORA CONDUZINDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE SÃO JOSE DO BELMONTE ONDE DEU ENTRADA MEDIANTE REGISTRO DE N° 00006229 DATADO EM 16/04/2019. SEM MAIS PARA O MOMENTO ENCERRO ESTE B.O.E

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

ERLANDERSON ROCHA DA SILVA
(OUTRO)

HARIMATE LACERDA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **THIAGO AUGUSTO DA SILVA RODRIGUES** - Matrícula: **320258-5**

EXCELSIOR SEGUROS
15 AGO. 2019
SEGURO DPVAT

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DESAFIA DE POLÍCIA DE SÃO JOSE DO BELMONTE
178ª CIRCUNSCRIÇÃO

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: 079.329.154-22 4 - Nome completo da vítima: Maximatê Lacerda da Silva

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

5 - Nome completo: Maximatê Lacerda da Silva 6 - CPF: 079.329.154-22
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: B. Ulisses Norões 9 - Número: 18 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Vila Delmiro 12 - Cidade: São José do Bonfim 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56950-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 87-9634-4907

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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:
(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) ☐ 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 (vair nascer)? ☐ 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: EXCELSIOR SEGUROS
CPF: 15 AGO. 2019
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: SEGURO DPVAT
CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Serra Talhada 24/10/2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Leonidas Pereira de Menezes

Nº do Registro: 00006229 Data: 16/04/2019 Hora: 14:33
Nome: HARIMATE LACERDA DA SILVA Sexo: MASCULINO
Idade: 31 Anos, 11 Meses Data Nascimento: 13/05/1987 Estado Civil:
Mãe: MARIA RITA DA SILVA LACERDA Pai: EDMILSON GONCALO DE LACERDA
Cartão SUS: 700409932887243 RG: IDENTIDADE

Logradouro: RUA EUCLIDES C. NOVAES Nº 18 Bairro: VILA DELMIRO
Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE Estado: PE Profissão: AGRICULTOR

Tipo do Atendimento: CONSULTA Alergias: NÃO | SIM | QUAL:

Tax.: ☐ °C FR: ☐ irpm FC: ☐ bpm HGT: ☐ mmHg PA: ☐ mmHg X ☐ mmHg Peso: ☐ kg

Classificação de Risco: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

Pré - Consulta:

Faseca na rta A,

História da Doença Atual:

Do: Faseca na rta A.

Hipótese Diagnóstica: *Do o fofedista.*

Conduta Terapêutica:

I- sofuma 20g / feto
@ vacina 1 ml 57
OK

EXCELSIOR SEGUROS
15 AGO. 2019
SEGURO DPVAT

Observação ☐ Internação ☐ Transferência ☐ Recusa Medicação ☐ Evadiu-se ☐ Alta ☐ Óbito ☐

Dr. Alcides Muniz G. de Mota
MÉDICO
Médico 44306

Enferm. Maria do Socorro Alves Carvalho
Enfermeira
COREN: 385054

Assistente Social

Paciente não Desempenha

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: 10/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HARIMATE LACERDA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00152-X

CONTA: 000000025810-5

Nr. da Autenticação 7C99D83457ACA7E9



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0709943-93 | www.celpe.com.br

VILA DELMIRO/SAO JOSE DO BELMONTE
SAO JOSE DO BELMONTE PE
58950-000

7018962769	04/2019
24/04/2019	16/05/2019
	27.01

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,18071689	5,72
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	51,0000000	0,32894289	16,87
Cunho - Ium - Pública Municipal			3,90
Multa por atraso-NF 050837730 - 16/02/18			0,40
Juros por atraso-NF 050837730 - 15/03/19			0,18
Atualização IGPM-NF 050837730- 15/03/19			0,14
TOTAL DA FATURA			27,00

27.01

Composição do Consumo

Composição do Consumo	RS	5,5%	42,84%
Geração de Energia	RS	1,42	5,34%
Transmissão	RS	6,64	23,66%
(Distribuição) (Célpo)	RS	2,69	9,73%
Perdas de Energia	RS	0,86	4,20%
Encargos Setoriais	RS	1,00	7,55%
Total	RS	22,38	100%

Composição do Consumo

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	22,38	1,38	0,30
IPIS	22,38	9,21	1,38
GOPIRIS			

Consumo Atividade Setor
Consumo Atividade Superior a 97000000 kWh

Resumo 123456789
9888 1234 5678 9012 3456 7890 1234 5678 9012

Para mais informações sobre este projeto, visite o site www.observatorio.org.br. O Observatório tem como objetivo proporcionar informações atualizadas e confiáveis sobre o mercado de trabalho brasileiro, com o intuito de subsidiar a tomada de decisões por parte de gestores e pesquisadores. O Observatório é uma iniciativa do Observatório de Políticas Públicas e da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

As condições gerais do torneamento Orelaçoço Avela, 414/001/02, foram: produto, servição prestada e atividade se enquadram à disposição, para transação, em outras unidades de atendimento e no, esse mesmo, e não, em, e.

SOLUÇÃO E MANUTENÇÃO DO SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO				TENSÃO DE TENSÃO		
CONSUMO	VALOR APROXIMADO R\$ 1000/g	LIMITE MINIMAL	LIMITE TENSÃO	LIMITE DE VARIAÇÃO DO TENSÃO		TENSÃO NOMINAL (V)
				MINIMO	MAXIMO	
PIG	3,23	6,47	12,94	200	280	230
PIG	1,60	3,20	6,40			
PIG	3,23	3,80	0,50			

Fonte: DCEI, 12.02

ELUC - Valor de Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 15,57

LEBDO - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 10,57

[illegible]

SEGURO DPVAT



CELPE

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 9005943-82 | www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/03

DADOS DO CLIENTE
MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO CLAVO, 110

CPF: 368.710.364-15

IPSEP/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
50913-130

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTADOR	UNIDADE	DATA DE INÍCIO
063529274	UNIC 4	27/05/2019
PERÍODO	CONSUMO (KWh)	DATA DE FIM
27/05/2019	2001135762	30/7/2019

2278076019	05/2019
03/06/2019	25/06/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
109,72	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (KWh)	126,000000	0,79849088	102,20
Atividade (Bandeira AMARELA)			1,57
Contribuição Pública Municipal			4,53
K.Mo Suprimento-CD-E NF 056958801-26/03/19			0,44
PRO-CHAMPA (081)3412-8880 (0800) 031 8889			0,58

TOTAL DA FATURA

109,72

PERÍODO	Tipo da Função	Anterior	Atual	Consumo (KWh)
30/05/19	CAT	25-04-2019	18 642,00	18 770,00
				126,00

HISTÓRICO DE CONSUMO	PERÍODO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
MAR 19: 128		182,77	15,00	25,94
ABR 19: 85		102,77	1,14	1,20
MAR 19: 80		104,77	5,37	5,51
FEV 19: 117				
JAN 19: 124				
DEZ 19: 94				
NOV 19: 212				
OUT 19: 943				
SET 19: 262				
AGO 19: 262				
JUL 19: 254				
JUN 19: 280				
MAY 19: 279				

400E 4EP1 17CD F5ED 8DE7 CODE 810A 1376

Resumo da Fatura: Pagamento por meio de boleto bancário ou cartão de crédito. A fatura é emitida em nome do titular da conta. O cliente é responsável pelo pagamento da fatura no prazo de 10 dias úteis após a data de vencimento. O cliente pode solicitar a emissão de uma nova fatura caso a anterior não tenha sido paga. O cliente também pode solicitar a emissão de uma nova fatura caso a anterior não tenha sido paga.

EXCELSIOR SEGUROS
15 AGO. 2019
SEGURO DPVAT

CONSUMO	VALOR A PAGAR (R\$)	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
0,33	0,42	10,00	21,73	
1,00	3,30	6,00	13,30	
0,33	3,11	0,00	0,00	

Limite DCM: 12,22 EUSC - Valor de Encargos de Uso do Sistema de Distribuição: R\$ 37,31

CONTA CONTRATO: 83820000001-0 09720011002-3 27807601910-0 14068694443-2
MÊS: 05/2019
DATA DE VENCIMENTO: 03/06/2019
TOTAL A PAGAR (R\$): 109,72



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

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 SUSEP 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 COAF¹.

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 Rosana de Menezes Silva Cavalcante

inscrito (a) no CPF/CNPJ 031.394.744 / 25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Hanimatê Lacenda da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.329.154 / 22,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Hanimatê Lacenda da Silva.

inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.329.154 / 22, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou 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 Francisco Olavo</u>	Número: <u>110</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>IPSEP</u>	Cidade: <u>Senna Talhada</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:		CEP: <u>56912-130</u>
		Tel.(DDD):

Local e Data: Senna Talhada 05.08.2019

Rosana de Menezes Silva Cavalcante
Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS

15 AGO. 2019

SEGURO DPVAT

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

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

Eu, Erlanderson Rocha da Silva

RG nº 49282807, data de expedição 05/09/2016

Órgão SSP-SP, portador do CPF nº 091.425.444-83

com domicílio na cidade de São José do Belmonte, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Travessa Antonio Nunes de Carvalho nº 29

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Maximati Lacerda da Silva, cujo o condutor era

Erlanderson Rocha da Silva.

Veículo: motocicleta Modelo: Honda NXR160 Bxcm E50D Ano: 2018/2019

Placa: PCA4636 Chassi: 9C2KPD810KR004781

Data do Acidente: 16/04/2019

Local e Data:

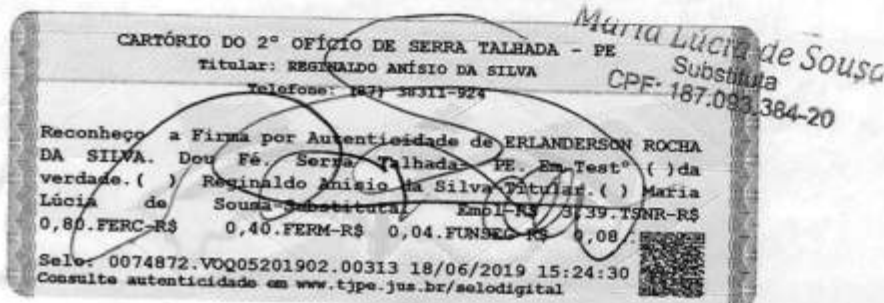
Serra Talhada 18/06/2019

 Erlanderson Rocha da Silva

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



EXCÉLSIOR SEGUROS

15 AGO. 2019

SEGURO DPVAT

A. de Mota

Nº do Registro: 00006229 Data: 16/04/2019 Hora: 14:33
Nome: HARIMATE LACERDA DA SILVA Sexo: MASCULINO
Idade: 31 Anos, 11 Meses Data Nascimento: 13/05/1987 Estado Civil:
Mãe: MARIA RITA DA SILVA LACERDA Pai: EDMILSON GONCALO DE LACERDA
Cartão SUS: 700409932887243 RG: IDENTIDADE

Logradouro: RUA EUCLIDES C. NOVAES Nº 18 Bairro: VILA DELMIRO
Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE Estado: PE Profissão: AGRICULTOR
Tipo do Atendimento: CONSULTA Alergias: NÃO | | SIM | | QUAL:

Tax.: ☐ °C FR: ☐ lpm FC: ☐ bpm HGT: ☐ mg/dl PA: ☐ X ☐ mmHg Peso: ☐ kg

Classificação de Risco: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

Pré - Consulta:

Fomeca na mão A,

História da Doença Atual:

Do: Fomeca na mão A.

Hipótese Diagnóstica: Do o fofedista.

Conduta Terapêutica:

I- sofismo 209 / futo

① vacinação 1 mês 57.
OK

EXCELSIOR SEGUROS
15 A60, 2019
SEGURO DPVAT

Observação ☐ Internação ☐ Transferência ☐ Recusa Medicação ☐ Evadiu-se ☐ Alta ☐ Óbito ☐

Dr. Alcides Muniz G. de Mota
MEDICO 44308

Enferm. Maria do Socorro Alves Carvalho
COREN 385054

Assistente Social

Paciente não Doenado



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Francisco Anselmo Ltda.

2 - CNES

2 5 1 7 1 2 4

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Francisco Anselmo Ltda.

4 - CNES

2 5 1 7 1 2 4

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO

216750840

NOME ATEND.

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

406409932888745

6 - SIS PRENATAL

7 - SENHA / REGULAÇÃO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - NOME DO PACIENTE

Laionete Luciano da Silva

10 - DATA DE NASCIMENTO

13/05/87

11 - SEXO

Masc. ☒ 13 Fem. ☐ 13

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria Rita da Silva Luciano

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

Rua Euzébio de Alencar

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

São José do Belmonte

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

tem m cluun APT
Qm neuro

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

D + 2 m m cluun

22 - CID. 10 PRINCIPAL

S42.0

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento m cluun

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

04.08.01.0223

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - N.º DO CUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Eberthone Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 15.122
CEM - Fone: 9.9916-0112

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

17/04/19

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

5 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

6 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

7 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO 15 AGO. 2019 () APOSENTADO () NÃO SEGURO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

SEGURIZAPAT

16 - CÓDIGO EMISSOR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

261910747730-5

MOTIVO DA ALTA:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

DATA DA INTERNAÇÃO:

DATA DA ALTA:

47 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/11/19

49 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

30/11/19

Data do Atendimento: 24/04/2019	Prontuario: 00043826	Registro: 00092200	Convênio: SUS INTERNACAO
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: HARIMATE LACERDA DA SILVA			
Data Nascimento: 13/05/1987	Idade: 31 Anos, 11 Meses	Sexo: MASCULINO	Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO(A)	Profissão: AGRICULTOR	Naturalidade:	Nacionalidade:
Filiação: Pai: EDMILSON GONCALO DE LACERDA	Mãe: MARIA RITA DA SILVA LACERDA		
Endereço: EUCLIDES NOVAES			Nº 18
Bairro: VILA DELMIRO	Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE	Estado: PE	Telefone: 999476640
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidentado Trânsito [] Acidente de Trabalho [] Outros Acidentes [] Agressão []			
Suicídio [] Casual [] Outros []			
Nome do Acompanhante:			Telefone para Contato:
Endereço:			
Local da Ocorrência:			
ANAMINESE E EXAMES FÍSICOS			
TRAUMA NA CLAVICULA			
Diagnóstico Inicial: FRATURA DA CLAVICULA			
S.A.D.T			
EXCELSIOR SEGUROS			
15 AGO. 2019			
Diagnóstico Final: O MESMO			
SEGURO DPVAT			
Data do Atendimento: Data do Atendimento:			
Melhorada []	Decisão Médica []	Data do Internamento: 24/04/2019	
Inalterado []	Alta a Pedido []	Data da Alta: 25/04/19	
Piorado []	Transferência []	CEM - Fone: 999476640	
Óbito+48h []	Evasão []	Médico Responsável	
Óbito-48h []	Indisciplina []		
Óbito em ___/___/___	Hora: ___:___		

Data:	Início:	Término:	
Cirurgião:	1º Auxiliar:	2º Auxiliar:	Anestesista:

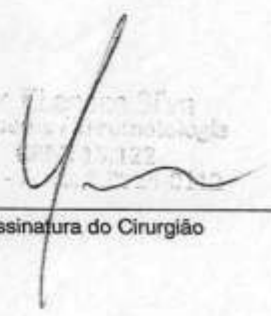
DESCRIÇÃO CIRURGICA

- ANESTESIA
- ASSCPSIA
- CUNTIUD.
- SUTURA
- OI RIO METALICO 2150 2.0

EXCELSIOR SEGUROS

15 A60. 2019

SEGURO DPVAT


Assinatura do Cirurgião

10R-29

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Edmilson Gonçalves de Lacerda



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

7.850.840 **16/12/2011**

<< **MARIMATÉ LACERDA DA SILVA** >>

<< **EDMILSON GONÇALO DE LACERDA** >>
<< **MARIA RITA DA SILVA LACERDA** >>

SÃO JOSÉ DO BELMONTE - PE **13/05/1987**

<< **CC.3071-L.BOGAUX F.95V CART.900** >>
JOSE DO BELMONTE-PE 03.11.2009 >>

079.329.154-22

Assinatura do titular

LEI Nº 116 DE 2003

EXCELSIOR SEGUROS
15 AGO. 2019
SEGURO DPVAT

EXCELSIOR SEGUROS
15 AGO. 2019
SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

DOC. IDENTIDADE / ÓRGÃO EMISSOR / UF
6870802 SDS PE

CPF
051.394.744-25

DATA NASCIMENTO
19/08/1983

FUNÇÃO
ARCELO FERREIRA DA SILVA
MARIA JOSE DE MENEZES SILVA

PERMISSÃO
ACC CAT. HAB. AB

Nº REGISTRO
04935894409

VALIDADE
10/11/2019

1ª HABILITAÇÃO
06/05/2010

OBSERVAÇÕES

Rosana de Menezes Silva Cavalcante

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
19/11/2014

ASSINATURA DO EMISSOR

47011846458
22063050153

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1017067334

PROIBIDO PLASTIFICAR
1017067334

DE: ROSANA MENEZES

RUA: JOCA MAGALHÃES

661 A

CENTRO

SERRA TALHADA - PE

CEP: 56.903.480

PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT

AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175

RECIFE ANTIGO

RECIFE-PE

50.030.000



FC0828/358

Peso (kg)

Correios

☐ AR
☐ MP

0A 00275754 9 BR



SEDDEX

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190481479 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HARIMATE LACERDA DA SILVA **Data do acidente:** 16/04/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS DE KIRSCHNER E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 01 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 04 //

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Maximati Lacerda da Silva

portador(a) do documento de identidade nº 7.350.840, expedido por SDS-PE, em

16/12/2011, inscrito no CPF sob o nº 079.329.154-22, residente na

Euclides no Vaes, nº 18

complemento Casa, Bairro 2ª Vila Delmiro, cidade

São José do Belmonte, Estado PE.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em

29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na

Rua Francisco Olavo, nº 110

complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade

Serra Talhada, Estado PE.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Serra Talhada 18 de 06 de 2019

Outorgante X Maximati Lacerda da Silva 

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
Telefone: (87) 30311-924

Reconheço a Firma por Autenticidade de MAXIMATI LACERDA DA SILVA. Dou Fé. Serra Talhada, PE, em 18 de Junho de 2019. () da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva-Titular. () Maria Lúcia de Sousa-Substituta. Emol-R\$ 3,39. TENR-R\$ 0,80. EERC-R\$ 0,40. FERM-R\$ 0,04. FUNSEG-R\$ 0,08.

Selo: 0074872.KDG05201902.00312 18/06/2019 15:24:00
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Maria Lúcia de Sousa
Substituta
CPF: 187.093.384-20

EXCELSIOR SEGUROS
15 AGO. 2019
SEGURO DPVAT

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0280323/19

Número do Sinistro: 3190481479

Vítima: HARIMATE LACERDA DA SILVA

CPF: 079.329.154-22

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 16/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: HARIMATE LACERDA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

HARIMATE LACERDA DA SILVA : 079.329.154-22

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/08/2019
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/08/2019
Nome: RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA
CPF: 703.646.014-85

RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA