Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190110270
Vítima: JOSE NILTON BARBOSA
Data do Acidente: 20/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE NILTON BARBOSA

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

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

503083
0043815/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 048ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALIANÇA - DP48ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0138000731

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/06/2018 às 09:58**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **20/9/2017** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE ALIANCA, 01** - Bairro: **CENTRO - ALIANCA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **DESCENDO A LADEIRA DA UEPA, SENTIDO BR-408**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PREJUDICADO (AUTOR \ AGENTE)
JOSE NILTON BARBOSA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração de ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE NILTON BARBOSA

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

JOSE NILTON BARBOSA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ADELAIDE ALTINA DA CONCEIÇÃO** Pai: **ANDRE SEVERINO INACIO BARBOSA** Data de Nascimento: **8/10/1968** Naturalidade: **VICENCIA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4633668/SDS/PE (RG), 05924126487 (CPF)** Profissão: **TRABALHADOR RURAL** Telefones Celulares:
- **81982502238**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE VICENCIA, 14, RUA DO CAMPO, USINA BARRA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - VICENCIA/PERNAMBUCO/BRASIL, NA MESMA RUA POR TRAS DO BARRACÃO.**

PREJUDICADO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ADELAIDE ALTINA DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **8/10/1968** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE VICENCIA, - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - VICENCIA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DOCUMENTO NÃO VERIFICADO
06 FEV 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Sala 8
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

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

CG 125FAN (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE NILTON BARBOSA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE NILTON BARBOSA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKI2812** (PERNAMBUCO/JABOATAO DOS GUARARAPES) Chassi: **9C2JC36707R141370**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007**

Complemento / Observação

A VÍTIMA RELATA QUE ESTAVA DIRIGINDO SUA MOTOCICLETA QUANDO SE DESEQUILIBROU E CAIU, SOFRENDO LEÕES NO JOELHO, CONFORME LAUDO DO POSTO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO. SEM MAIS PARA O MOMENTO.

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

JOSE NILTON BARBOSA (VITIMA) X José Nilton Barbosa

PREJUDICADO (AUTOR \ AGENTE) X José Nilton Barbosa

B.O. registrado por: **Paulo Ricardo Rodrigues Apolinario** - Matricula: **3871816**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 FEV 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

Seguradora LIDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 650.241.254-87 | Nome completo da vítima: José Nilton Barbosa

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: José Nilton Barbosa | CPF:

Profissão: Reciclador | Endereço: Rua do Campo | Número: 14 | Complemento:

Bairro: Usina Barra | Cidade: Vitória | Estado: PE | CEP: 55850-000

E-mail: | Tel.(DDD): (81) 9-9149-1433

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo **(ANEXAR CÓPIA).**

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0054 ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: 00010187 3 (informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ☐ (informar o dígito se existir) 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado Civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | 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.

Local e Data,

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

José Nilton Barbosa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 06 FEV 2018 Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5 Graças - Recife/PE CEP 52011-040

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

PREFEITURA DA ALIANÇA
A GRANDE OBRA É CUIDAR DAS PESSOAS

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde:
Nome: José Nilton Barbosa Registro Nº:
Clínica: Enfermeira:

Declaração Médica

Declaro para devidos fins que o Sr José Nilton Barbosa de 50 anos sofreu queda de moto dia 28/09/2017 após derrapar ao sair de uma lavoura na estrada. Estava em uso de capacete. Não houve TCE (trauma crânio encefálico). No momento apresentava dores e sinais de continuidade indo ao pronto socorro. Realizamos os primeiros atendimentos, com limpeza adequada e sutura local, além de analgesia.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 FEV 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

Dr. Paulo Gonçalves
CRM-PE
[illegible] 23326

Local:

Data: 28/11/17

MÉDICO - CRM / CRO

0047359/

SUI 700 2059 1440 2952 0

PREFEITURA DA
ALIANÇA
A GRANDE OBRA É CUIDAR DAS PESSOAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA MUNICIPAL DA ALIANÇA
Rua Marechal Deodoro, s/n - Aliança - PE - CEP 55 899 - 000
Fone: 3637.1340 / 3637-1388 / E-mail: unidademista2009@hotmail.com

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Registro Nº 195.782 Hora: 13:51 Recepcionista: LÓIA

UNIDADE DE SAÚDE: _____ DISTRITO SANITÁRIO: _____ DATA: 20/09/11

INFORMAÇÕES PRESTADAS PELO PACIENTE OU ACOMPANHANTE:

NOME: JOSÉ NILTON BARBOSA

DATA DE NASCIMENTO: 08/10/68 SEXO: M ☐ F ☐ IGNORADO ☐

ESTADO CIVIL:	ESCOLARIDADE:	PROFISSÃO:	RAÇA/COR:
CASADO		L. RURAL	☐ 1 - BRANCA ☐ 2 - AMARELA ☐ 3 - PRETA ☐ 4 - INDÍGINA ☐ 5 - PARDA

NOME DA MÃE: ADELAIDE ALVINA DA CONCEIÇÃO

ENDEREÇO: R. CAMPO VELHO Nº ____ COMPL.: _____ CEP: 55896-000

BAIRRO: BARRA MUNICÍPIO: VICÊNCIA UF: PE

ACOMPANHANTE: _____

PRECEDÊNCIA: 4 DIAS MEIO DE TRANSPORTE: CARRO

HDA: Paciente em moto após tentar desviar de buraco, sofreu queda. Estava com capacete. No momento com queixa de dor no joelho (esquerdo) onde apresenta lesão de continuidade.

VACINAS ATUALIZADAS SIM ☐ NÃO ☐

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTES OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VEÍCULO AUTOMOVEL ☐ ÔNIBUS ☐ MOTO ☐ OUTRO ☐ QUAL? ☐ IGNORADO

FATOR DE PROTEÇÃO CINTO/CAPACETE SIM ☐ NÃO ☐ ☐ IGNORADO

MODO DE ATROPELAMENTO COLISÃO ☐ CAPOTAGEM ☐ OUTRO ☐ QUAL? ☐ IGNORADO

INDO / VOLTANDO DO TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐ ☐ IGNORADO

ACIDENTE DO TRABALHO

ORIGEM CONSTRUÇÃO CIVIL ☐ INDÚSTRIA ☐ AGRICULTURA ☐ COMÉRCIO ☐ QUAL? ☐ IGNORADO

LOCAL DE TRABALHO: ORGÃO: ENDEREÇO: ☐ IGNORADO

OUTRO TIPO DE ACIDENTE

INTOXICAÇÃO ACIDENTAL ☐ QUEDA ACIDENTAL ☐ AFOGAMENTO ☐ QUEIMADURA ☐ CHOQUE ELÉTRICO ☐ OUTRO ☐ QUAL?

AGRESSÃO

POR ARMA DE FOGO ☐ ARMA BRANCA ☐ ESPANCAMENTO ☐ OUTROS ☐ QUAL? ☐ IGNORADO

POR ASSALTO ☐ BRIGA ☐ AÇÃO POLICIAL ☐ AGRESSÃO SEXUAL ☐ OUTROS ☐ QUAL? ☐ IGNORADO

AUTO AGRESSÃO ☐ SUICÍDIO ☐

POR ARMA DE FOGO ☐ ENFORCAMENTO ☐ DROGAS ☐ QUEDA DO NIVEL QUAL? ☐ IGNORADO

LOCAL DA OCORRÊNCIA

VIA PÚBLICA ☐ DOMICÍLIO ☐ AMBIENTE DE TRABALHO ☐ ESCOLA ☐ OUTROS ☐ QUAL? ☐ IGNORADO

OBSERVAÇÕES: 20/09/11 às 13:30 Paciente deu entrada na UMA após acidente automobilístico, apresentando [illegible] em joelho E, [illegible], equimose, hematoma. Paciente lúcido e orientado.

EXAME FÍSICO:

A) GERAL PESO: ESTATURA TEMP C

Marcos Lima de Oliveira
Enfermeiro
COREN - 44461

EGBem, alerta, orientado, corado, hidratado, eupneico

B) RESPIRATÓRIO: HV+ im AH T, A: RA FR=20

celpe neoenergia

Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL / FATURA DE CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-60 | Insc. Est. 0005843-92 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
RAFAEL JUNIOR BARBOSA

CPF 101 169.224 76

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DO CAMPO, 14

USINA BARRA/VICENCIA
VICENCIA PE
55850-000

Nº da Nota Fiscal	Série	Emissão
016420179	ÚNICA	28/06/2018

Apresentação	Próxima Leitura	Vencimento
26/07/2018	27/08/2018	30/07/2018

Número do Cliente: 7027163429
Mês/Ano: 05/2018
Data de Vencimento: 05/06/2018
Data Máxima para Pagamento: 27/06/2018
Valor a Pagar (R$): 48,62

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	Quantidade	Preço (R$)	Valor (R$)
Consumo Ativo (kWh)	58,000000	0,75387649	43,70
Adicional Bandeira AMARELA			0,72
Contribuição Iluminação Pública			3,06
ICMS Subvenção CIDE-NF 010958833 - 27/03/18			0,29
Multa por atraso-NF 010958833 - 27/03/18			0,64
Juros por atraso-NF 010958833 - 27/03/18			0,28
Atualização IGPM-NF 010958833 - 27/03/18			0,18

TOTAL DA FATURA 48,62

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO (DESTA NOTA FISCAL)

Nº do Medidor	Tipo da Medição	Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Nº de Dias	Constante	Ajuste	Consumo (kWh)
							1,0000		58,00

CONSUMO DOS ÚLTIMOS 12 MESES

MAI/18	58
ABR/18	58
MAR/18	47
FEV/18	48
JAN/18	52
DEZ/17	47
NOV/17	
OUT/17	
SET/17	
AGO/17	
JUL/17	
JUN/17	
MAI/17	

	Base de Cálculo	%	Valor do Imposto
ICMS	44,62	25,00	11,15
PIS	44,62	1,12	0,49
COFINS	44,62	5,13	2,29

Componentes do Custo			%
Transmissão	R$	1,98	4,08%
Distribuição (Celpe)	R$	9,93	20,44%
Encargos da Energia	R$	2,91	5,97%
Financeiro e Encargos	R$	2,59	5,33%
Tributos	R$	31,41	64,58%
Total	R$	48,62	100%

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Vencimento	Emissão	Valor	Motivo	Data Pagto	Valor
01/06/18	28/05/18	0,18			

Em caso de não pagamento dos débitos, o fornecimento de energia será suspenso após 15 dias do aviso de corte, conforme Resolução Normativa ANEEL nº 414/2010, Art. 172 e 173. Para quitação dos débitos, dirija-se a qualquer ATENDIMENTO CELPE ou pague em qualquer agência bancária.

QUALIDADE DA ENERGIA ELÉTRICA (INTERRUPÇÕES)

	Valor Anterior	Valor Atual	Limite Referencial	Limite Máximo
DIC	1,78	5,45	11,10	20,21
FIC	1,00	3,42	8,18	15,20
DMIC	1,15	2,50	3,00	5,00

Data de Corte: 6,22

Tempo Médio Mensal (h): 2,23

Limite de Consumo (h): Ponta / Fora Ponta

Data de Vencimento: 05/06/2018 Total a Pagar (R$): 48,62

85800000000-3 49820011007-4 02716342910-5 12285776163-7

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 FEV 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

celpe
neoenergia

pago

CENTRO/BUENOS AIRES
BUENOS AIRES-PE

30/10/2018

48,38

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 FEV 2019
Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

48,38

30/10/2018

83870000000-1 4838001 1002-0 85984301910-2 1408982143-0

Seguradora LÍDER

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536

A Circular SUSEP[1] 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 Rafaela Maria de J. Cavalcanti inscrito (a) no CPF 086.005.684-80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Nilton Barbosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 650.241.254-87, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez Permanente da Vítima José Nilton Barbosa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 650.241.254-87, 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.

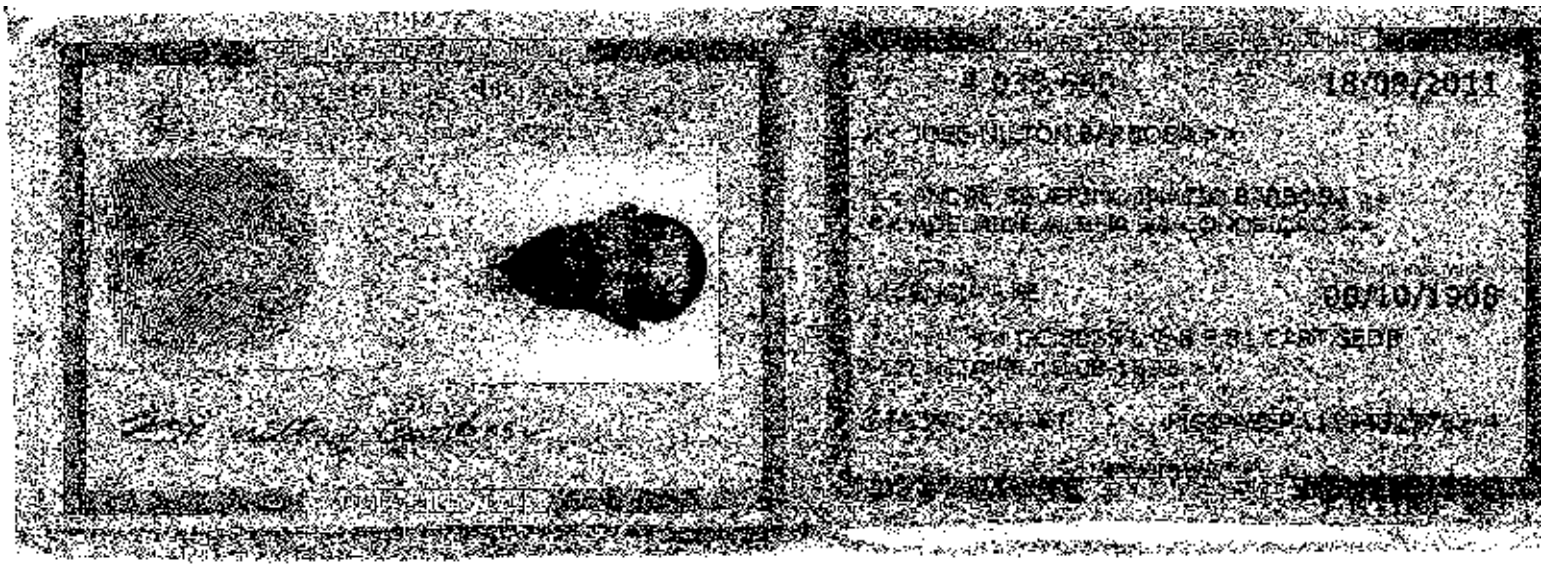
Endereço: Rua José Emiliano		Número: 14	Complemento:
Bairro: Centro	Cidade: Buenos Aires	Estado: PE	CEP: 55845-000
Email:	Telefone comercial(DDD): 81/9.9149.1433	Telefone: (81)9.9[illegible]	

Buenos Aires, 22 de Janeiro de 2019
Local e Data

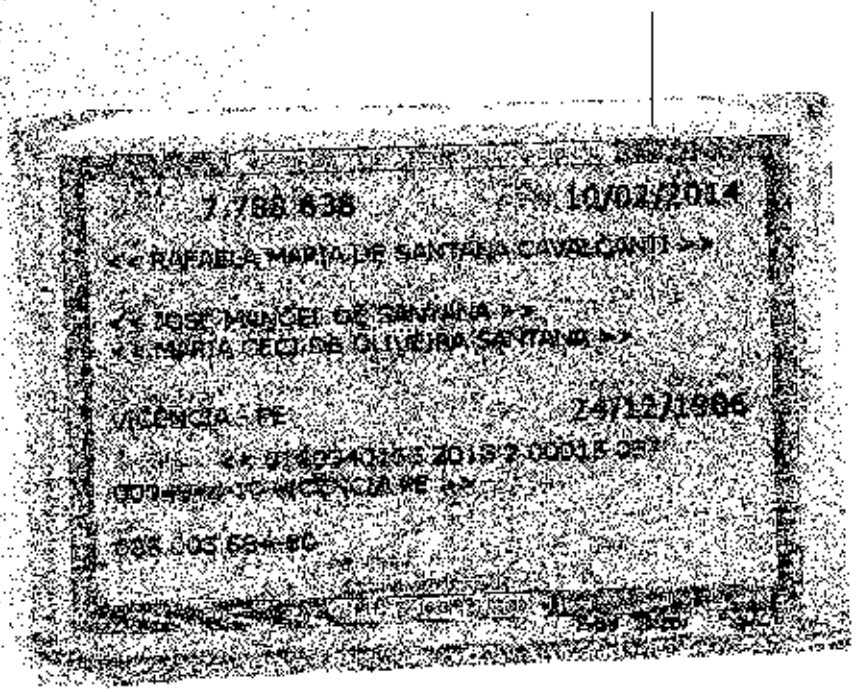
Rafaela Maria de J. Cavalcanti
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 FEV 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

DLDRL.002 V001/2017



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 FEV 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040



7.766.636 10/02/2014

<< RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI >>

<< JOSÉ MANOEL DE SANTANA >>
<< MARIA CECILIA DE OLIVEIRA SANTANA >>

VITÓRIA - PE 24/12/1986

<< 9140341[illegible]2013 2 00015 [illegible] >>
[illegible] >>

[illegible] >>

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONFERIDO NÃO VERIFICADO
06 FEV 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

CANHOTO

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

CANHOTO

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE NILTON BARBOSA

55950-000

CABO VITORIA - 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

2017 | 12/08/17

PREMIO TARIFARIO

SEGURO PAGO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190110270 **Cidade:** Aliança **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NILTON BARBOSA **Data do acidente:** 20/09/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R$ 0,00

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: José Nilton Barbosa, Portador do documento de identidade nº 4.033.660 expedido por SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 650.241.254-87 residente na Rua do Campo Nº 14, Ubina Barra / Gicinéia / PE

OUTORGADO: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 7.788.638 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 086.005.684-80, residente na Rua Jose Emiliano, nº 1A, centro, Buenos Aires/PE.

PODERES: Poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar, requerer, cancelar e dar entrada junto a Seguradora conveniada a Seguradora Líder, a fim de indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas – Hospitalares. Como também qualquer documento que julgue necessário aos interesses do OUTORGANTE ou de seus dependentes em Hospitais. Podendo também assinar FORMULARIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Local e Data: Gicinéia / 07 de Novembro de 2018.

RECONHEÇO

Outorgante: José Nilton Barbosa

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTROLE NÃO VERIFICADO
06 FEV 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

CARTÓRIO ÚNICO – SERVIÇOS NOTARIAIS E REGISTRAIS
Titular: ANDRÉ CESÁRIO DE ALBUQUERQUE NETO
Telefone: (81) 3441-1[illegible]
Reconhego a firma por Autenticidade de: JOSÉ NILTON BARBOSA — Em Testemunho ( ) da verdade; dou fé.
Vicência: Maria Rosenilda de Lima Silva — Substituta do Tabelião e Oficial.
Emolumentos: R$ 3,55 TRNS R$ 0,80, FERC R$ 0,40 to[illegible]
Selo: 0076786.DJ10201801.00750 07/11/2018 11:14:33
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047359/19

Vítima: JOSE NILTON BARBOSA **Data do acidente:** 20/09/2017

CPF: 650.241.254-87 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** JOSE NILTON BARBOSA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI : 086.005.684-80

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

JOSE NILTON BARBOSA : 650.241.254-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 08/02/2019	Data do cadastramento: 08/02/2019
Nome: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI	Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 086.005.684-80	CPF: 106.719.384-79
RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI	Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190110270 **Vítima: JOSE NILTON BARBOSA**

Data do Acidente: 20/09/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE NILTON BARBOSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você