
Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190290737

Vítima: ERINALDO FELICIANO DA SILVA

Data do Acidente: 17/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROBERTA MAYARA NASCIMENTO DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ERINALDO FELICIANO 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



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, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190290737 **Vítima: ERINALDO FELICIANO DA SILVA**

Data do Acidente: 17/09/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ROBERTA MAYARA NASCIMENTO DOS SANTOS

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

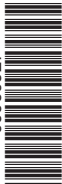
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 01853/01854 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14274111



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, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190290737 **Vítima: ERINALDO FELICIANO DA SILVA**

Data do Acidente: 17/09/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ROBERTA MAYARA NASCIMENTO DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 00081/00082 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14393833

Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190290737

Vítima: ERINALDO FELICIANO DA SILVA

Data do Acidente: 17/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROBERTA MAYARA NASCIMENTO DOS SANTOS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ERINALDO FELICIANO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

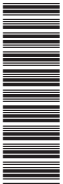
Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

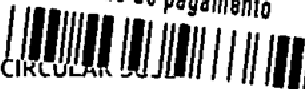
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

| | | |
|----------------------------|--|--|
| Número do Sinistro ou: ASL | CPF da Vítima 082.093.537-86 | Nome completo da vítima Ernaldo Feliciano da Silva |
|----------------------------|--|--|

| DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL | | | |
|---|---|-------------------------------------|-------------------------|
| Nome completo Ernaldo Feliciano da Silva | CPF titular da conta 082.093.537-86 | Profissão Servicos Gerais | |
| Endereço Rua Sebastião Alves Barbosa | Número 94 | Complemento caso | |
| Bairro Adorno Vila | Cidade Exada | Estado PE | CEP 55500-000 |
| E-mail | Telefone (DDD) | | |
| Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado. | | | |

| FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS | | | |
|---|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input checked="" type="checkbox"/> BRADESCU (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) | | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____ | |
| AGÊNCIA NRO. 1116 | D/V | CONTA NRO. 6490 | D/V 4 |
| (Informar dígito se existir) | | (Informar dígito se existir) | |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

| | |
|--|--|
| Exada/PE 23 de Janeiro de 2018 Local e Data Ernaldo Feliciano da Silva Campo 1 - Assinatura do Beneficiário | ARUANA SEGUROS 05 FEV 2018 Campo 2 - Assinatura do Representante Legal |
|--|--|



Bradesco

Dia & Noite

BDN - BRANDESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL TERM.037221

ERINALDO FELICIANO DA SILVA 11:04 HRS
AGENCIA 1116 CONTA - 00000000000000000000 21/SET/2017

| | |
|---------------------------|------|
| DISPONIVEL | |
| - TOTAL DISPONIVEL | 0,00 |
| - CONTA FACIL (C/C + POU) | 0,00 |
| TOTAL DE RECURSOS | 0,00 |

| DATA | HISTORICO | VALOR |
|------|----------------|-------|
| 21 | Saldo Superior | 0,00 |
| | Saldo Total | 0,00 |

Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.
SAC Alo Bradesco - 0800 7048383.
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,
de segunda a sexta-feira exceto feriados.
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF

Atencao



ARUANA SEGUROS
05 FEV 2018



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 063ª CIRCUNSCRIÇÃO - ESCADA -
DP03ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0153000132

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 23/01/2018 às
11:51

Complementado pelo BO Número. 18E0153000133

OUTRAS LESÕES ACIDENTAIS (EXCETO LESÃO CORPORAL CULPOSA) -
Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 17/01/2017 no período da Tarde

Foto do local: MUNICÍPIO DE ESCADA, 1, VIA PÚBLICA
Bairro: NATAOBURO - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ERINALDO FELICIANO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO (Usado na geração da ocorrência), que estava em
posse do(a) Sr(a) ERINALDO FELICIANO DA SILVA
VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a) ERINALDO FELICIANO DA SILVA

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

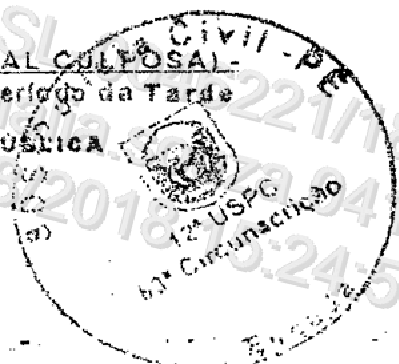
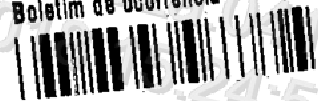
ERINALDO FELICIANO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
EDNA MARIA DA SILVA Data de Nascimento: 16/11/1978 Naturalidade: ESCADA /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3047049/SS/PE (RG) Estado Civil: AMASIADO(A)
Profissão: 1ª. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSÕES
Residência: RUA SEBASTIÃO ALVES BARBOSA, Nº 94, AGROVILA -
ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE ESCADA, 04, CASA - CEP: 5 -
Bairro: AGROVILA - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

LESÃO (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a) ERINALDO
FELICIANO DA SILVA que estava em posse do(a) Sr(a) ERINALDO FELICIANO DA
SILVA

Objeto: Marca Modelo: DESCONHECIDO NÃO INFORMADO NÃO INFORMADO Objeto

Boletim de ocorrência



ARUANA SEGUROS

11 MAI 2018 15:04:23 00:14:22

DIAGNÓSTICO LESÃO CORPORAL DEVIDO ACIDENTE DE TRANSITO

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) ERINALDO FELICIANO DA SILVA que estava em posse do(a) Sr(a) ERINALDO FELICIANO DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Objeto apreendido: Não
Cor VERMELHA - Quantidade 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa PFU1740 (PERNAMBUCO/ESCADA) Renavam 462910370 Chassi
SC2KC1878CR553551
Ano Fabricação/3o Modelo 2012/2012 Combustível ALCO-GASOL

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DP O SENHOR ERINALDO FELICIANO DA SILVA PARA INFORMAR SOBRE UM ACIDENTE DE SOFRIDO COM SUA PESSOA, INFORMA A VITIMA QUE ESTAVA, COM SUA MOTOCICLETA CIMA CITADA, TRAFEGANDO PELO BAIRRO DO MATADOURO INDO SENTIDO A SUA RESIDÊNCIA, SENDO QUE AO DEPARAR COM UM BURACO NA VIA, TENTOU LIVRAR E PERDEU O CONTROLE DO VEICULO E CAINDO, A VITIMA SENTIU QUE HAVIA QUEBRADO O PULSO DIREITO, MESMO ASSIM CONSEGUIU LIGAR PARA O PAI QUE O SOCORREU PARA O HOSPITAL REGIONAL DESTA CIDADE E DEPOIS DE SER ATENDIDO FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DON HELDEN NO CAMO DE SANTO AGOSTINHO. EM MEIO AOS FATOS A VITIMA VEIO A ESTA DP PARA REGISTRAR O FATO E FAZER UM B.O.

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

Erinaldo Feliciano da Silva
ERINALDO FELICIANO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: CICERO SILVA DE BARROS - Matrícula: 350733-8



ARUANA SEGUROS
11 MAI 2018



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Ernaldo Feliciano da Silva

CPF da Vítima

082.093.577-8

Data do Acidente

17/09/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Ernaldo Feliciano da Silva de Ameno de SP

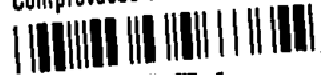
Local e Data

ARQUIVADO
05 FEV 2018

Ernaldo Feliciano da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



0051

Senha da Classificação:

Endimento: 394812

Data e Hora: 17/09/2017 21:17

Paciente: 97920 ERINALDO FELICIANO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 15/11/1978 Idade: 38 anos

Convenio: 2

SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: EDNA MARIA DA SILVA

Nome do Pai:

CRM: 17726

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

Endereço: RUA SEBASTIAO ALVES BARI - AGROVILA

94

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ESCADA

PE

Usuário Atendimento: ANDERSONFMS

RG (Identidade): 8947549

SDS PE

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 08209357786

Fone:

Cartão SUS: 898003442719072

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

vítima de acidente com moto há 4 horas, referindo dores no punho (D)

Exame Físico

- dor e edema no punho.
- Sequela de lesão do N. mediano prev.

Hipótese Diagnóstico

Frab. do radio distal s/ desvio

Conduta Terapêutica

RX do punho (D) AP/Perfil.

Prescrição Médica

Tala axilo. palmar (D) OK

Alta

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

BUENA VISTA SEGUROS
FEV 2013

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005843-03



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ALBENITA SALVADOR COUTINHO

CPF: 320.039.004-20

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA COM JOSE PEREIRA 206

ATALAIA/ESCALADA
55500-000 ESCADA PE

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

DATA DE VENCIMENTO

20/07/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

13/07/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

13/07/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

024108372

CONTA CONTRATO

000125603025

Nº DO CLIENTE

2000034477

Nº DA INSTALAÇÃO

0001040051

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

1631.25E0.4CA2.4921.AE20.33C7.BA59.0A31

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| DESCRIÇÃO | QUANTIDADE | PREÇO | VALOR (R\$) |
|--|------------|------------|-------------|
| Consumo Ativo(kWh) | 30,00 | 0,74722063 | 22,41 |
| Acrescimo Bandeira VERMELHA | | | 2,14 |
| Contribuição Iluminação Pública | | | 2,70 |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 016614764-15/05/18 | | | 0,18 |
| TOTAL DA FATURA | | | 27,43 |

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

| ICMS | | | PIS | | | COFINS | | |
|-----------------|-------|------------------|-----------------|------|------------------|-----------------|------|------------------|
| BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO |
| 24,35 | 25,00 | 6,13 | 24,55 | 0,92 | 0,22 | 24,55 | 4,26 | 1,05 |

ARUANA SEGUROS

09 AGO 2018

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 8,52156800

HISTÓRICO DO CONSUMO

| | | kWh |
|--------|--|-----|
| JUL 18 | | 30 |
| JUN 18 | | 30 |
| MAI 18 | | 30 |
| ABR 18 | | 81 |
| MAR 18 | | 119 |
| FEV 18 | | 123 |
| JAN 18 | | 77 |
| DEZ 17 | | 134 |
| NOV 17 | | 198 |
| OUT 17 | | 136 |
| SET 17 | | 119 |
| AGO 17 | | 91 |
| JUL 17 | | 141 |

Faturado pelo mínimo da fatura
- Custo de Disponibilidade,
Artigo 96, Resolução ANEEL
414/2010.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| NÚMERO DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR | ATUAL | Nº DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh |
|--------------------|----------------|---------------------|---------------------|---------|-----------|--------|-------------|
| 000000003141968041 | CAT | 14/06/2018 2.823,08 | 13/07/2018 2.550,00 | 29 | 1,00000 | 0,00 | 27,00 |

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 14/08/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

| DESCRIÇÃO | CONJUNTO | VALOR APURADO | METAS MENSAL | METAS TRIM. | METAS ANUAL |
|---|----------|---------------|--------------|-------------|---------------------|
| mai/2018 | | | | | |
| DIC-No.de horas sem Energia | | 0,00 | 3,91 | 11,82 | 23,84 |
| FIC-No.de vezes sem Energia | | 0,00 | 3,42 | 6,85 | 13,70 |
| DMC-Duração máxima de Interrupção contínua | | 0,00 | 3,48 | 0,00 | 0,00 |
| DECRI-Duração de Interrupção em dia crítico | | | | | Limite DECRI: 12,22 |
| ELIBD-Maior do Encargo de Uso - R\$ 8,24 | | | | | |

Toda Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores DIC, FIC, DMC e DECRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Faça vida: av. doutorzinho 52 maracuja / e e e mercearia: bec machado
fraseirasLista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO

| TENSÃO NOMINAL(V) | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) | |
|-------------------|-----------------------|--------|
| | MÍNIMO | MÁXIMO |
| 220 | 202 | 237 |

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | TOTAL A PAGAR(R\$) | VENCIMENTO | TALÃO DE PAGAMENTO |
|----------------|---------|--------------------|------------|---|
| 000125603025 | 07/2018 | 0,00 | 20/07/2018 | Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Esta canhoto será usado em leitora ótica. |

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Roberto Mayara N. Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 078.123.744 / 08 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Erinaldo Filiziano da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.093.577 / 86 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Erinaldo Filiziano da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.093.577 / 86, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | | |
|--|--------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Endereço <u>Rua Comendador José Pereira</u> | | Número <u>286</u> | Complemento <u>lavra</u> |
| Bairro <u>Atalaia</u> | Cidade <u>Caxador</u> | Estado <u>PE</u> | CEP <u>55500-000</u> |
| E-mail | | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) |

Caxador-PE de 23 de Janeiro de 2018
Local e Data

Roberto Mayara Nascimento dos Santos
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Valdir Vicente da Silva,
RG nº 3.210.417, data de expedição 28/08/03,
Órgão SBS/PE, portador do CPF nº 517.779.594-20 com
domicílio na cidade de Exerado, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Sebastião Alves Barbosa, nº 94,
complemento Caro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Erinaldo Feliciano da Silva cujo o condutor era
Valdir Vicente da Silva.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 150 FANESI
Ano: 2012
Placa: PFU 1746
Chassi: 9C2RC167OCR 553561
Data do Acidente: 17/09/2017
Local e Data: Exerado - PE 20/09/2017

Declaração do proprietário do veículo



Valdir Vicente da Silva
Assinatura do Declarante

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

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE ESCADA - CARTÓRIO ÚNICO

TABELÃO TITULAR: ELIAS MATHIAS DOS SANTOS | SUBSTITUTA: MARCELLE MATHIAS COSTA DOS SANTOS

03/10/2017 15:25:16

Reconheço a firma por autenticidade de:

VALDIR VICENTE DA SILVA. Dou fe.

Em testemunho Marcelle Mathias Costa dos Santos da verdade.

Custas R\$ 3,88

TSR R\$ 0,78

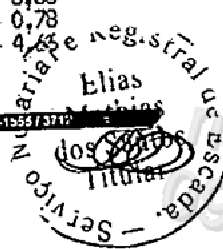
Total R\$ 4,66

Marcelle Mathias Costa dos Santos - Subst.

Selo Digital N. 0077594.HEN09201701.02350

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

AV. DR. JOSE HENRIQUE, 188 - CENTRO - ESCADA/PE - CEP: 55.500-000 - TEL: (81) 3534-1558/3717



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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

| | |
|--|--|
| DATA DO ACIDENTE: 17/09/2017 | DATA DO LAUDO DO TRATAMENTO MÉDICO: 17/09/2017 |
| NOME COMPLETO DO VÍTIMA: ERASMO FELIANO DA SILVA | |
| LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: # Fratura do Rádio Distal Direito | |
| CUIDOS RESULTANTES DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA): # Trat Conseguidos com Imobilização Oreclusa | |
| ALTA MÉDICA? | <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCRIVER: | <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO |
| COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO, SEJA POR TIVA OU DE CURA ATIVA, DE LIT. TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE REVALUTACÃO SIGNIFICATIVA COM QUALQUER TRATAMENTO. | |

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

| SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO |
|-------------------------------------|
| 1º Membro Superior Direito ± 60% |
| 2º Defeito funcional não tomo. |
| 3º |
| 4º |
| 5º |

RELATO DO VÍTIMA E DO AVALIADOR A VÍTIMA NO PERÍODO DE 27/03/19 A 27/03/19
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO VERDADEIRAS.

LOCAL: Erados DATA: 27/03/19

ASSINATURA DO VÍTIMA: [Assinatura]

ASSINATURA DO AVALIADOR: [Assinatura]

João Ricardo P. Portuci
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PE 7142

ARUANA SEGUROPORA
24 ABR 2019



DOM HELDER CAMARA

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA

Documentação médica - hospitalar



0051

Endimento: 394812

Senha da Classificação:

Data e Hora: 17/09/2017 21:17

Paciente: 97920 ERINALDO FELICIANO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 15/11/1978 Idade: 38 anos

Convênio: 2

SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: EDNA MARIA DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: RUA SEBASTIAO ALVES BARI - AGROVILA

94

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ESCADA

PE

Usuário Atendimento: ANDERSONFMS

RG (Identidade): 8947549

SDS PE

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 08209357786

Fone:

Cartão SUS: 898003442719072

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Idade: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

vítima de acidente com moto há 4 horas, referindo dores no punho D

Exame Físico

- dor e edema no punho.
- sequelas de lesão do N. medial prevo.

Hipótese Diagnóstico

Fract. do radio distal SI desvio

Conduta Terapêutica

RX do punho D AP/Perfil

Prescrição Médica

Tala avulso. palmar D CM

Alta

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

Carimbo/Médico

05 FEV 2018

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 17/09/2017 21:13

Nome Paciente: ERINALDO FELICIANO DA SILVA
Cód. Paciente: 97920
Data de Nascimento: 15/11/1978
Sexo: Masculino
Idade: 38
Senha: 0051
Convênio: 2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento: 394812
SAME:

Período: 17/09/2017 21:31 - 17/09/2017 21:32

JEANE MARIA RIBEIRO DE MELO - COREN: 9870 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

RO(A) - Classificação

Urgência:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE COM HISTORIA DE QUEDA DA MÃO, COM DOR + EDEMA + DEFORMIDADE EM PUNHO. HÁ 2 HORAS APRESENTANDO

SSVV - FC: 94 BPM; SPO2: 98%; PA:

ALERGIA - HAS + DM -

Observação:

PACIENTE PROCEDENTE DE ESCADA COM SINTOMA DE DOR NO PUNHO, REFERIDA PELA ORTOPEDIA

Exatidão sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

ARUANA SEGUROS
05 FEB 2018

Acolhido(a) por: JEANE MARIA RIBEIRO DE MELO - COREN: 9870

FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 17/09/2017 21:32

74

HUMANIZA SUS

VERMELHA
EMERGÊNCIA

AMARELO
URGENTE

VERDE

AZUL

ATENDIMENTO IMEDIATO

ATENDIMENTO RÁPIDO



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 078.123.744-08

Nome: ROBERTA MAYARA NASCIMENTO DOS SANTOS

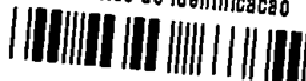
Data de Nascimento: 20/04/1989

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 08/11/2005

Digito Verificador: 00

Documentos de identificação



Comprovante emitido às: 11:18:05 do dia 05/02/2018 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: 1AFD.66F8.5440.0B9A



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

ARUANA SEGUROS
05 FEV 2018

7.901.197 23/07/2007

<< ROBERTA MAYARA NASCIMENTO DOS SANTOS >>

<< JOSE ROBERTO DOS SANTOS >>

<< SILENE OLIVEIRA DO NASCIMENTO >>

PALMARES - PE 20/04/1989

<< CN. 12529 L. 12 F. 48V CART. JOAQUIM NABUCO-PE 26.06.1989 >>

078.123.744-08

ASSINATURA DO DETENTOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE

ANTIDOTÁRIO

07R-32

Roberta Mayara Nascimento dos Santos

CRATEIRA DE DENTIDADE

ARUANA SEGURADORA

26 ABR 2013



PE Nº 013222384974 BILHETE DE SEGURO DPVAT
VALIDAR VICENTE DA SILVA 55500-000

AERONÁUTICA - PES
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

VIA 1 517 779-594-20 CPF CNPJ 2017 05/03/17 PLACA PF01746

HENNAVM HONDA/CBZ 150 FAN KSI ANO FAB 2012 09 9CZKCI670CE553561

PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO BILHETE (R\$) CUSTO DO EQUIPO (R\$)

SEGURO PACO PAGAMENTO DATA DE OUTUBRO

COPIA UNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-604

DATA E ASSINATURA DO SEGURADO

ASSINATURA DO SEGURADOR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190290737 **Cidade:** Escada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERINALDO FELICIANO DA SILVA **Data do acidente:** 17/09/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do rádio direito.

Descrição do exame físico: Vítima relata ter sofrido trauma anterior em 1999 com lesão neurológica radial à direita. Ao exame, vítima apresenta cicatriz em punho direito, hipotrofia muscular severa, déficit dos movimentos e de preensão palmar da mão direita.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador com imobilização local e tala axilo-palmar. Fez fisioterapia. Alta em março de 2019.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 06/06/2019

Conduta mantida:

Observações: Vítima com lesão do nervo radial prévia (descrita no documento médico de primeiro atendimento). Todas as sequelas descritas são em relação ao trauma anterior.

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 |



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA SERVALDO FELICIANO DA SILVA
DATA DO ACIDENTE 17/09/17 CPF DA VÍTIMA 082.093.577-86
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ROBERTA RAYARA NASCIMENTO DOS SANTOS
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Cam. JOSE FERREIRA
Nº 286 COMPLEMENTO CASA BAIRRO ATACAMA
CIDADE ES. CAPOA UF PE CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE (81) 3011-3225

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (☒) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(☒) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(☒) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(☒) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(☒) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(☒) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(☒) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(☒) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

(☐) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(☐) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(☐) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 06 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- (☐) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(☐) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(☐) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(☐) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(☐) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
(☐) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(☐) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(☐) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- (☐) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(☐) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(☐) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE = R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

VALORES DE INDENIZAÇÃO
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 7.9.01.197
IDENTIDADE Roberta Rayara N. Santos
ASSINATURA Roberta Rayara N. Santos

RESPONSÁVEL PELA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

DATA 05-FEV-2017
NOME Joselyne Cabral
ASSINATURA Joselyne Cabral

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Procuração



Outorgante: Erinaldo Feliciano da Silva
 Id: 8.947.549 CPF: 082.093.577-86
 End: Rua Sebastião Alves Barbosa, nº 94

Outorgado: Roberto Mayrao Nascimento dos Santos
 Id: 7.901.197 CPF: 078.123.744-08
 End: Rua Comendador José Pereira, 286,
Atalaia, Emenda-R

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima Erinaldo Feliciano da Silva.

Emenda/R, 20 de Setembro de 2017.

Erinaldo Feliciano da Silva

Assinatura do Outorgante
 (reconhecer firma por autenticidade)

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE ESCADA - CARTÓRIO ÚNICO

TABELÃO TITULAR: ELIAS MATHIAS DOS SANTOS | SUBSTITUTA: MARCELLE MATHIAS COSTA DOS SANTOS
 Reconheço a firma por autenticidade de:
 ERINALDO FELICIANO DA SILVA. Dou fe.
 Em testemunho Marcelle Mathias Costa dos Santos da verdade.
 Marcelle Mathias Costa dos Santos - Subst.
 Selo Digital N. 0077594.RDF09201701.02348
 Consulte autenticidade em www.tipe-jus.br/selodigital

03/10/2017 15:23:06
 Custas R\$ 3,88
 TSNR R\$ 0,70
 Total R\$ 4,58

Elas
 Mathias
 dos Santos
 Titular

ARUANA SEGUROS
 05 FEV 2017

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Procuração



Outorgante: Erinaldo Feliciano da Silva
 Id: 8.947.549 CPF: 082.093.577-86
 End: Rua Sebastião Alves Barbosa, nº 94

Outorgado: Roberto Mayrao Nascimento dos Santos
 Id: 7.901.197 CPF: 078.123.744-08
 End: Rua Comendador José Pereira, 286,
Atalaia, Emanoá-RN

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima Erinaldo Feliciano da Silva.

Emanoá-RN, 20 de Setembro de 2017.

TABELÃO DE ELIAS MATHIAS

Erinaldo Feliciano da Silva

Assinatura do Outorgante
 (reconhecer firma por autenticidade)

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE ESCADA - CARTÓRIO ÚNICO

TABELÃO TITULAR: ELIAS MATHIAS DOS SANTOS | SUBSTITUTA: MARCELLE MATHIAS COSTA DOS SANTOS
 Reconheço a firma por autenticidade de:
 ERINALDO FELICIANO DA SILVA. Dou fe.
 Em testemunho da verdade.
 Marcelle Mathias Costa dos Santos - Subst.
 Selo Digital N. 0077594.RDF09201701.02348
 Consulte autenticidade em www.tipe-jus.br/selodigital

03/10/2017 15:23:06
 Custas R\$ 3,88
 TSNR R\$ 0,70
 Total R\$ 4,58

Elas
 Mathias
 dos Santos
 Titular

ARUANA SEGUROS
 05 FEV 2017

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0138566/19

Número do Sinistro: 3190290737

Vítima: ERINALDO FELICIANO DA SILVA

CPF: 082.093.577-86

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 17/09/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ERINALDO FELICIANO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

ROBERTA MAYARA NASCIMENTO DOS SANTOS : 078.123.744-08

Documentos de identificação

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: 26/04/2019

Nome: ROBERTA MAYARA NASCIMENTO DOS SANTOS

CPF: 078.123.744-08

ROBERTA MAYARA NASCIMENTO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/04/2019

Nome: Josyelli de Oliveira Cabral

CPF: 054.598.464-55

Josyelli de Oliveira Cabral

**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: **3190290737**

Nome do(a) Examinado(a): **ERINALDO FELICIANO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R SEBASTIAO ALVES BARBOSA, 94, CS B PROX A - AGROVILA - Escada - PE - CEP 55500-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **8947549**

Data e local do acidente: [**17/09/2017**] **Escada, PE**

Data e local do exame: [**06/06/2019**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura distal do rádio direito.

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

Vítima relata ter sofrido trauma anterior em 1999 com lesão neurológica radial à direita. Ao exame, vítima apresenta cicatriz em punho direito, hipotrofia muscular severa, déficit dos movimentos e de preensão palmar da mão direita.

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.

Submetido a tratamento conservador com imobilização local e tala axilo-palmar. Fez fisioterapia. Alta em março de 2019.

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

[☐] Sim [☒] Não

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

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

(X) "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):

% 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.

Vítima com lesão do nervo radial prévia (descrita no documento médico de primeiro atendimento). Todas as sequelas descritas são em relação ao trauma anterior.



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE