

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, 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: 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



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



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, 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





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CR DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA

Autorizacão de pagamento

Regalmaia

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

CPF da Vítima
082093.577-86

Nome completo da vítima

Nome completo da vítima Eurivaldo Feliciano do Nascimento

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Ermaldo Feliciano de Souza	CPF titular da conta 082.093.577-86	Profissão Serviços Gerais
Endereço Rua Silviano olvis Barbosa	Número 94	Complemento laror
Bairro Vila Vila	Cidade Recada	Estado PE
Email 	CEP 555.00-000	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	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	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 type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO Nome _____ NRO. _____	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V
1116		6490	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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Cidade/Pa. 23 de Janeiro
Local e Data

Local e Data

018
ARUANA SEGUR
05 FEV 2013

Principles of Life Sciences

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**Dia & Noite**

BON - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FÁCIL TERM. 037221

ERINALDO FELICIANO SILVA 11:04 HRS
AGÊNCIA 1116 CONTA 000498 4 21/SET/2017

DISPONÍVEL	0,00
- TOTAL DISPONÍVEL	0,00
- CONTA FÁCIL (C/C + POU)	0,00
TOTAL DE RECURSOS	0,00

MOVIMENTAÇÃO	CONTA FÁCIL	C/C + POU
DATA	HISTÓRICO	VALOR
21	SAC - SAC FÁCIL	0,00
	Saldo Total	0,00

Demonstrativo para simples conferência.
Sujeito a alterações ate o final do dia.
Fone Fácil - 4002 9022 / 0800 570 0022.
SAC Até 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 declaração de Quitação Anual de Tarifas PF

UEJU04V

165

ASL-0046221/18
nathalia.souza.0414
09/08/2018 15:26:25

ASL-0046221/18
nathalia.souza.0414
09/08/2018 15:26:25

ASL-0046221/18
nathalia.souza.0414
09/08/2018 15:26:25

ARJANA SEGUROS
05 FEV 2013

ASL-0046221/18
nathalia.souza.0414
09/08/2018 15:24:55

ASL-0046221/18
nathalia.souza.0414
09/08/2018 15:24:55

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 063ª CIRCUNSCRICAO - ESCADA -
DP63ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 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 (Consumador) que aconteceu no dia 17/01/2017 no perigo da Tarde

Local ocorrido: Escada - MUNICIPIO DE ESCADA, 1, VIA PUBLICA
Barro - MATADOURO - EMBARRA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local de fato: VIA PUBLICA

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

ERINALDO FELICIANO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

Objeto(s) (OBJETO) (Usado na geração da ocorrência) , que estava em
posse do(a) sr(a) ERINALDO FELICIANO DA SILVA
VEHICULO (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a) ERINALDO FELICIANO DA SILVA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvidas)

ERINALDO FELICIANO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Não.
EDNA MARIA DA SILVA (ano de Nascimento: 16/11/1978 Naturalidade: ESCADA /
PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 3047045/CBS/PE (RG) Estado Civil: AMASIADO(A)
Endereço: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSÕES
Residencial: RUA SEBASTIÃO ALVES BARBOSA, N° 94, AGROVILA -
ESCALA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo à MUNICIPIO DE ESCADA, 04. CASA - GBP: 0 -
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
Estado: Morte Modo: DESCONHECIDO-NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto:

ARUANA SEGUROS
11 MAI 2018 23/04/2018 14:22

DENUNCIA - LESAO CORPORAL DEVIDO A VITIMA E NO 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 Categoría/Marca/Modelo MOTOCICLETA/HONDA CG 150 Objeto apreendido N/A COR VERMELHA - Unidade 91 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Nº 1 PFU1740 (PERNAMBUCO/SCADA) Renavam 428910375 Chassi
SGEMC1678CR883561
A/C, Estimativa, 30, Módulo: 28/12/2013 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 CABO DE SANTO AGOSTINHO. EM MEIO AOS FATOS A VITIMA VEIO A ESTA DP PARA REGISTRAR O FATO E FAZER UM BOE.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente neste Unidade policial

Erinaldo Feliciano da Silva

**ERINALDO FELICIANO DA SILVA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: CICERO SILVA DE BARROS - Matrícula: 350733-9

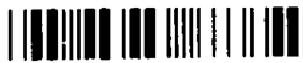


ARUANA SEGUROS
11 MAI 2018



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



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

Ermelito Feliciano de Silva

CPF da Vítima

082.093.577-86

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 Lider 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.

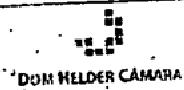
Local e Data
Caxias-PB, 23 de Janeiro de 2018

ANUANA SEGUROS
05 FEVEREIRO

Ermelito Feliciano de Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMAR

Comprovação de ato declaratório



0051

Aendimento: 394812

Senha da Classificação:

ata 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:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: RUA SEBASTIAO ALVES BARRETO - 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

A vítima sofreu um acidente com moto trânsito, referindo dores no punho.

Exame Físico

- dor + edema no punho.
- sequelas de lesão do nervo mediano proveniente

Hipótese Diagnóstico

Frat. da raiz do nervo mediano

Conduta Terapêutica

RX do punho D AP/Perfil

Prescrição Médica

Tala axilo-palmar (D) C/K

Alex

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:
LEITO DO PACIENTE:GUANASEGUROS
FEV 2013

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvíndia 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
ATALAJA/ESCADA
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
000125603025Nº DO CLIENTE
2000034477Nº DA INSTALAÇÃO
0001049651

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

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

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	36,00	0,74722063	22,41
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,14
Contribuição Iluminação Pública			2,70
ICMS Subvenção-CDE-NF 016814764-15/05/18			0,18
<hr/>			
TOTAL DA FATURA			27,43

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
24,55	25,00	6,13	24,55	6,22	24,55

ARUANA SEGUROS

09 AGO 2018

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,32+Salvo

Faturado pelo mínimo da fesa
- Custo de Disponibilidade,
Artigo 86, Resolução ANEEL
414/2010.

HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
JUL 18	30
JUN 18	30
MAR 18	30
ABR 18	115
MAR 18	115
FEV 18	123
JAN 18	77
DEZ 17	134
NOV 17	188
OUT 17	136
SET 17	119
AGO 17	91
JUL 17	141

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ATUAL DATA	Nº DIAS	CONTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003141968041	CAT	14/06/2018 2.829,08	13/07/2018 2.558,00	29	1.00000	0,00	27,00

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

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRÍPCAO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
maio/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	9,85	19,70
DINC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	3,48	0,00	0,00
DICR-Duração de Interrupção em dia crítico				Límite DICR: 12,22	
EUD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 8,24					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DINC e DICR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! farma vida: av doutorinho 62 maracuá / a e a mercearia: bec machado
fraxerias lista 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.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DETALQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
000125603025	07/2018	0,00	20/07/2018

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Roberto Matos M. Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 078.123.744 / 08
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Erinaldo Filipeano do Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.093.577 / 86, do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima Erinaldo Filipeano do 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>Sua lembrada dona José Pereira</u>	Número	<u>286</u>	Complemento	<u>vara</u>
Bairro	<u>Vila Almeida</u>	Cidade	<u>Recife</u>	Estado	<u>PE</u>
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	

Recife - PE, 23 de Janeiro de 2018
 Local e Data



Roberto Matos M. Matos M. 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 SDS/PE, portador do CPF nº 517.779.594-20, com
domicílio na cidade de Exarado, no Estado de
Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Silvânia Silveira Barboza, nº 94,
complemento Lote, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
víctima Ernaldo Feliciano de Souza o condutor era
Valdir Vicente da Silva

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 150 FANESI

Ano: 2012

Placa: PFU 1746

Chassi: 9C2RC1670CR 553561

Data do Acidente: 17/09/2017

Local e Data: Exarado - PR 20/09/2017

Declaracão do proprietario do veiculo

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

TABELIÃO 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 _____ da verdade.

Custas R\$ 3,88

TSNR R\$ 0,78

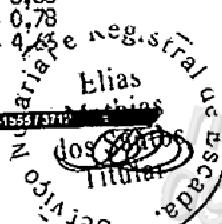
Total R\$ 4,66 e registral

Marcelle Mathias Costa dos Santos - Subst.

Selo Digital N. 0077594-HEN09201701.02350

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

AV. DR. JOSE HENRIQUE, 100 - CENTRO - ESCADA/PE - CEP: 55.500-000 - TEL: (81) 3534-1555 / 3719



ARUANA SEGUROS
05 FEV 2013

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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	17/09/2017	DATA DO EXAME (PRAZO DE VENCIMENTO MÉDICO):	17/09/2017
NOME COMPLETO DO MÉDICO: CRPS do FELIZANO da Silva			
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: # Fratura do Radio Distal Dirito			
DADOS RELATIVOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): # Trat. Conservador com imobilização de 6 meses.			
ALTA MÉDICA:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
DESENTE ALGUM DEFECTO OU DIFERENÇA PRE-EXISTENTE?	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
CONCLUSÃO A INVALIDEZ POSSUE CONCLUIR QUE:			
<input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO TOTAL OU DE CURA TRAVADA.			
<input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA DA MESMA.			

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

SOMAR 1 PONTUACAO OU O SEGUNDO ATINGIDO	
<input checked="" type="checkbox"/>	Membro Superior Direito ± 60%
<input checked="" type="checkbox"/>	Defeito Fisiológico não Tumor.
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

21/03/19
21/03/19
Eduardo LIMA
21/03/19

João Ricardo P. Pinho
Ortopedista Traumatologista
CRM-MT 7147

João Ricardo P. Pinho
Ortopedista Traumatologista
CRM-MT 7147



Endereço: 394812

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

Senha da Classificação:

0051

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:

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

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Vítima de acidente com moto trânsito
 ilíquidas, referindo dores no punho D

Exame Físico

- dor + edema no punho.

- Segunda d^a lesão de n. radial prenha.

Hipótese Diagnóstico

Fract. de frá distal s/ desv.

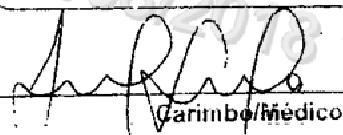
Conduta Terapêutica

RX do punho D AP/Perfil.

Prescrição Médica

Tala axilo-palmar D CK

Alta



Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

ANALISEGUR

05.FEV.2013

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

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

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

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:	[REDACTED]

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

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

RO(A) - Classificação

Imidade: NAO URGENTE - VERDE

Obs: [REDACTED] VERDE

Queixa Principal: PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DA MOTO. DOR + EDEMA + DEFORMIDADE EM PUNHO. ESTA HÁ 2 HORAS APRESENTANDO

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

ALERGIA - HAS + DM -

Observação: PACIENTE PROCEDENTE DE ESCADA COM SI. RA ORTOPEDIA

Exograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)

Specialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



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

UNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 17/09/2017 21:32

Data: 17/09/18
Registro: 36291135
Atendimento:
 Geral
 Pediátrico
 Obstétrico

1. Identificação:

Nome: Edvaldo Belivino de Souza Data Nascimento: 15/11/78 Sexo: M F
 CNS: BG18 003 992 11 9 01 Endereço: 07 Barra do Rio Branco
 Bairro: Praia do Rio Branco Cidade: Cearápolis UF: CE

Procedência:

2. Queixa principal e História da doença atual:
Próstata grande e dolorosa
1 mês no final D, intensa e dia

3. Antecedentes Pessoais:

Cardiopatias Doenças Degenerativas Tabagismo Obesidade
 DM Distúrbios Psiquiátricos Alcoolismo Alergias
 HAS Tuberculose Outras _____

4. Uso de Medicamentos: Sim Não

5. Exame Físico:

5.1 Estado Geral:

Hidratado Afebril Febril Temperatura: 30°C
 Desidratado Normocorrido Aclanótico Anictérico
 Anasarca Hipocorrido Cianose Icterícia
 Hipercorrido Palidez

5.2 Avaliação Neurológica: (Nível de Consciência)

Consciente Sonolento Torporoso Comatoso
 Desorientado Orientado Seminarcose

Pupilas:

Fotorreagentes Anisocoria: _____
 Isocoria Miose
 Midriase

Escala de Coma de Glasgow: _____ pontos.

Abertura ocular _____ Resposta verbal _____ Resposta motora _____

5.3 Sistema Respiratório: FR _____ ipm

Eupnélico Dispnélico Máscara TOT Traqueostomia
 O, suplementar _____ 1/min. Cateter Nasal Macronebulização

Expansibilidade Torácica Conservada: Sim Não Local: _____

Múltiplos Vésiculares: Presente Ausente Diminuído Local: _____

Rufos/Adventícios: Roncos Sibilos Crepitantes Local: _____

Tosse: Presente Ausente Seca Produtiva Aspecto de secreção: _____

5.4 Sistema Cardiovascular:

FC _____ bpm PA: _____ x _____ mmHg

Ritmo cardíaco: Regular Irregular Ausculta: _____

Pulsos: Fíliforme Cheio

Uso de drogas vasoativas: Não Sim: _____

Acesso venoso: Periférico Central Dissecção NPT

5.5 Sistema Gastrointestinal:

Abdome: Flácido Tenso Distendido Doloroso Plano
 Globoso Ascítico

Eliminações Intestinais: Constipação Diarréia Normais Flatos
 Melena Enterorragia Êmese Presente Ausente

Aspecto: _____

5.6 Sistema Geniturinário:

Olúreses: Presente Ausente Expontânea SVD SVA
 Cistostomia Dispositivo Urinário

Aspecto: _____

Hemodiálise Diálise peritoneal

5.7 Sistema Musculoesquelético:

Mobilidade: Ativa Passiva

Movimentos Conservados: Sim Não _____

Goteira: Sim Não Membro: _____

Força motora: Conservada - Sim Não Local: _____

5.8 Necessidades Psicossociais:

Atitudes: Cooperativo Não Cooperativo Agitado Choroso
 Calmo Ansioso

5.9 Curativo:

Tipo de Curativo: FO Úlcera de Pressão Outros Local: _____

Aspecto de curativo: Límpio Sujo

Aspecto exudato: Seroso Purulento Sanguinolento

Serosanguinolento Piosanguinolento

Estado Geral: Grave Regular Bom



Horário de Atendimento: 18:29 hs.

José da Silva Souza
Enfermeiro
Coren 20871/PE

Enfermeiro / COREN

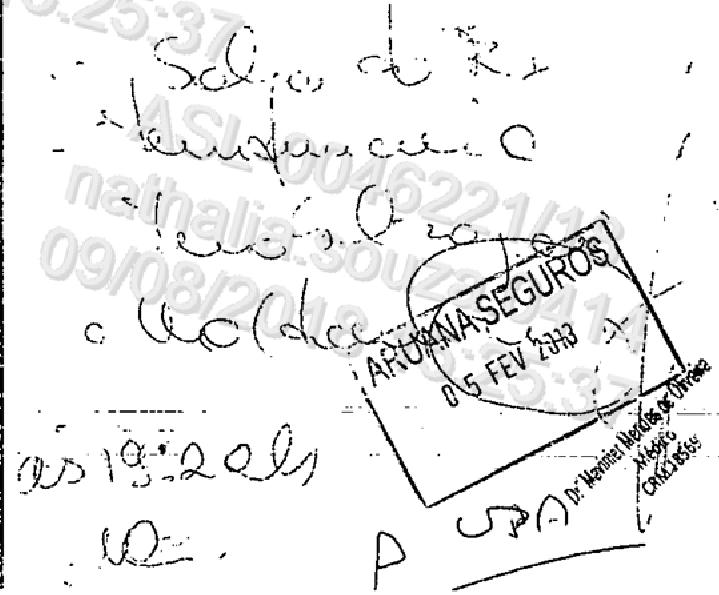
6.0 Atendimento Médico

Horário de Atendimento: _____ hs.

6.1 Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Próstata grande e dolorosa
1 mês no final D, intensa e dia
Exames: Ecografia, urinário
Diagnóstico inicial:
AO exame: ecômu
Ecografia: grande.

6.3 Conduta:





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 078.123.744-08

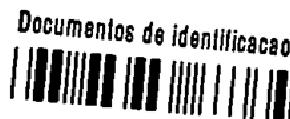
Nome: ROBERTA MAYARA NASCIMENTO DOS SANTOS

Data de Nascimento: 20/04/1989

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 08/11/2005

Dígito Verificador: 00



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 SÉGUROS
6.5 FEV 2013

VIA DA EMITIDO O TERRITÓRIO NACIONAL

7.901.197 23/07/2007

<< ROBERTA MAYARA NASCIMENTO DOS SANTOS >>

<< JOSE ROBERTO DOS SANTOS >>

<< SILENE OLIVEIRA DO NASCIMENTO >>

PALMARES - PE DATA DE NASCIMENTO
20/04/1989

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

078 423.744-08

ESTAMPA DE IDENTIFICAÇÃO

ROBERTA MAYARA NASCIMENTO DOS SANTOS



ARUANA SEGURADORA

26 ABR 2013

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

ID

SEGÜRO DPVAT - PRÓTOCOLO DE RECÉPÇÃO DE DOCUMENTOS

VALIDEZ PERMANENTE E DAMS

Seguradora Líder - DPVAT

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ERIVALDO FELÍCIA VIEIRA DA SILVA CPF DA VÍTIMA 082.093.577.86
 DATA DO ACIDENTE 17/09/17

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ROBERTA MARABA NASCIMENTO PESS. ANTES
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É

ENDERECO DO PORTADOR Rua Gama, 103 e Fazenda
Bairro Atalaia

Nº 286 COMPLEMENTO CASA UF PE CEP 58111-3225 TELEFONE (81) 3811-3225

CIDADE: João Pessoa E-MAIL:

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 QU 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 (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

- NOTAS FISCAIS (ORIGINALS 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, TAI COM 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 CARTERA 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)

- Morte - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRADUADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM A TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- VALORES DE INDENIZAÇÃO DAS DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

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 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

RESPONSÁVEL PELA ENTREGA DO DOCUMENTO

DATA	<u>05 FEVEREIRO</u>
IDENTIDADE	<u>J. 901.197</u>
ASSINATURA	<u>Roberto Manoel J. Souto</u>

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Procuração



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

Outorgado: Roberto Mauro Nascimento dos Santos
 Id: 7.901.197 CPF: 078.123.764-08
 End: Rua Comendada José Pereno, 286,
Atalaia, Estado - RJ

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 Ermaldo Feliciano da Silva.

Conselho 20 de Setembro de 2017.

TABELIONATO ELIAS MATIAS

Ermaldo Feliciano da Silva

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE ESCADA - CARTÓRIO ÚNICO

TABELIÃO TITULAR: ELIAS MATIAS DOS SANTOS | SUBSTITUTA: MARCELLE MATIAS COSTA DOS SANTOS

Reconheço a firma por autenticidade de:
ERINALDO FELICIANO DA SILVA. Dou fe. 03/10/2017 15:23:06

Em testemunho _____ da verdade.

Marcelle Matias Costa dos Santos Subst.
Selo Digital N. 0077594-RDF09201701.02348

Consulte autenticidade em [www.tipe.jus.br/selodigital](http://tipe.jus.br/selodigital)

AV. DR. JOSE HENRIQUE, 108 - CENTRO - ESCADA/AP - CEP: 55.500-000 - TEL: (81) 3534-1555 / 3713-5000

MARUANA SEGUROS
05 Fev 2013

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Procuração



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

Outorgado: Roberto Mauro Nascimento dos Santos
 Id: 7.901.197 CPF: 078.123.764-08
 End: Rua Comendada José Pereno, 286,
Atalaia, Estado - RJ

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 Ermaldo Feliciano da Silva.

Conselho 20 de Setembro de 2017.

TABELIONATO ELIAS MATIAS

Ermaldo Feliciano da Silva

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE ESCADA - CARTÓRIO ÚNICO

TABELIÃO TITULAR: ELIAS MATIAS DOS SANTOS | SUBSTITUTA: MARCELLE MATIAS COSTA DOS SANTOS

Reconheço a firma por autenticidade de:
ERINALDO FELICIANO DA SILVA. Dou fe. 03/10/2017 15:23:06

Em testemunho _____ da verdade.

Marcelle Matias Costa dos Santos Subst.
Selo Digital N. 0077594-RDF09201701.02348

Consulte autenticidade em [www.tipe.jus.br/selodigital](http://tipe.jus.br/selodigital)

AV. DR. JOSE HENRIQUE, 108 - CENTRO - ESCADA/AP - CEP: 55.500-000 - TEL: (81) 3534-1555 / 3713-5000

MARUANA SEGUROS
05 Fev 2013

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/09/2017

Titular do CPF: ERINALDO FELICIANO DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 26/04/2019

Nome: ROBERTA MAYARA NASCIMENTO DOS SANTOS

CPF: 078.123.744-08

Data do cadastramento: 26/04/2019

Nome: Josyelli de Oliveira Cabral

CPF: 054.598.464-55

ROBERTA MAYARA NASCIMENTO DOS SANTOS

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?

[**X**] 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 [**X**] 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

() "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