
Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190423158

Vítima: FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS

Data do Acidente: 05/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS

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

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190423158

Vítima: FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS

Data do Acidente: 05/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190423158 **Vítima: FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS**

Data do Acidente: 05/05/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS

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.

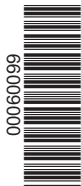
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00197/00198 - carta_04 - INVALIDEZ



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	121.584.644-45	Frankly Henrique Ferreira Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Frankly Henrique Ferreira Santos	121.584.644-45	
Profissão:	Número:	Complemento:
Agricultor	2	Casa
Endereço:	CEP:	
Av. Afonso Feitoria	56640-000	
Bairro:	Estado:	
Alto Boavista	PE	
Cidade:	CEP:	
Betânia	56640-000	
E-mail:	Tel. (DDD):	
	84-9634-4904	

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0914 ☐ CONTA: 36186 ☐ 1

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Serra Talhada 13/03/2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Frankly Henrique Ferreira Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

EXCELSIOR SEGUROS

Assinatura 11 JUL. 2019

SEGURO DPVAT

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

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



EXCELSIOR SEGUROS
11 JUL. 2019
SEGURO DPVAT



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 159ª CIRCUNSCRIÇÃO - CUSTÓDIA - DP159ªCIRC
DINTER2/19ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0249000652

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/05/2019 às 11:43**

Complementa o BO Número: **19E0249000446**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **5/5/2017 às 20:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA OSMAR FERRAZ, 1 - Bairro: CENTRO - BETANIA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
CRISTOVAO JOSE DE MOURA (OUTRO)
FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS (VITIMA)

EXCELSIOR SEGUROS

11 JUL. 2019

SEGURO DPVAT

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS**

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

FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ALEXSANDRA FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento: **24/2/1997** Naturalidade: **BETANIA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9300555/SDS/PE (RG), 06569982523 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MECANICO**
Endereço Residencial: **TRAVESSA AFITONIO FEITOSA, 2 - CEP: 0 - Bairro: ALTO BOM JESUS - BETANIA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

CRISTOVAO JOSE DE MOURA - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CRISTOVAO JOSE DE MOURA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PE16014** (PERNAMBUCO/BETÂNIA) Renavam: **460094343** Chassi: **9C2KC1670CR477076**Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA UNIDADE DE POLÍCIA A VÍTIMA EM TELA, NOTICIANDO QUE NA DATA INFORMADA CONDUZIA SUA MOTOCICLETA SENTIDO BETÂNIA AO POVOADO DO REMÉDIO, QUANDO EM UMA CURVA, DEVIDO A VELOCIDADE E OUTRO VEÍCULO QUE VINHA EM SENTIDO CONTRÁRIO, PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU AO SOLO. QUE, MATEUS FERRAZ CONDUTOR DO OUTRO VEÍCULO CITADO FOI QUEM LHE PRESTOU SOCORRO. QUE, DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES FOI TRANSFERIDO DO HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE BETÂNIA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU.

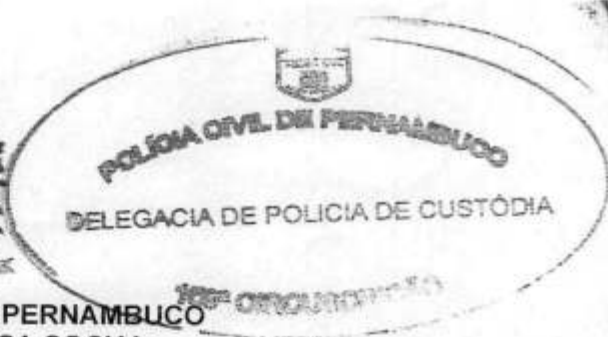
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Frankly Henrique Ferreira Santos

FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS

(VITIMA)

B.O. registrado por: *Lisara Bezerra do Nascimento* - Matrícula: 208254-3



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 159ª CIRCUNSCRIÇÃO - CUSTÓDIA - DP159ªCIRC
DINTER2/19ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0249000213

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/02/2019** às **10:33**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **28/4/2017** às **20:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA OSMAR FERRAZ, 1** - Bairro: **CENTRO - BETANIA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS

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

FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ALEXSANDRA FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento: **24/2/1997** Naturalidade: **BETANIA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9300555/SDS/PE (RG), 06569982523 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MECANICO**
Endereço Residencial: **TRAVESSA AFITONIO FEITOSA, 2 - CEP: 0 - Bairro: ALTO BOM JESUS - BETANIA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PEL6014** (PERNAMBUCO/BETANIA) Renavam: **460094343** Chassi: **9C2KC1670CR477076**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012**

Complemento / Observação

EXCELSIOR SEGUROS

11 JUL. 2019

SEGURO DPVAT

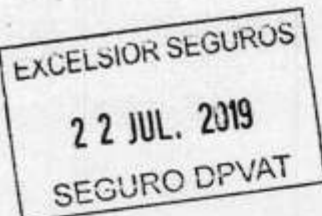
COMPARECEU A ESTA UNIDADE DE POLÍCIA A VÍTIMA EM TELA, NOTICIANDO QUE NA DATA INFORMADA CONDUZIA SUA MOTOCICLETA SENTIDO BETÂNIA AO POVOADO DO REMÉDIO, QUANDO EM UMA CURVA, DEVIDO A VELOCIDADE E OUTRO VEÍCULO QUE VINHA EM SENTIDO CONTRÁRIO, PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU AO SOLO. QUE, MATEUS FERRAZ CONDUTOR DO OUTRO VEÍCULO CITADO FOI QUEM LHE PRESTOU SOCORRO. QUE, DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES FOI TRANSFERIDO DO HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE BETÂNIA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU.

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

Frankly Henrique Ferreira Santos
FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **LISARB BEZERRA DO NASCIMENTO** - Matrícula: **208254-3**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 159ª CIRCUNSCRIÇÃO - CUSTÓDIA - DP159ªCIRC
DINTER2/19ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0249000446**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/04/2019** às **10:49**

Complementa o BO Número: **19E0249000213**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **28/4/2017** às **20:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA OSMAR FERRAZ, 1 - Bairro: CENTRO -**
BETANIA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
CRISTOVAO JOSE DE MOURA (OUTRO)
FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS**

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

FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe
ALEXSANDRA FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento: **24/2/1997** Naturalidade: **BETANIA / PERNAMBUCO /**
BRASIL Documentos: **9300555/SDS/PE (RG), 06569982523 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º.**
GRAU COMPLETO Profissão: **MECANICO**
Endereço Residencial: **TRAVESSA APITONIO FEITOSA, 2 - CEP: 0 - Bairro: ALTO BOM JESUS -**
BETANIA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

CRISTOVAO JOSE DE MOURA - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CRISTOVÃO JOSE DE MOURA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Marca: **PEL6014 (PERNAMBUCO/BETÂNIA)** Registro: **480994343** Chassi: **9C2KC1670CR477076**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012**

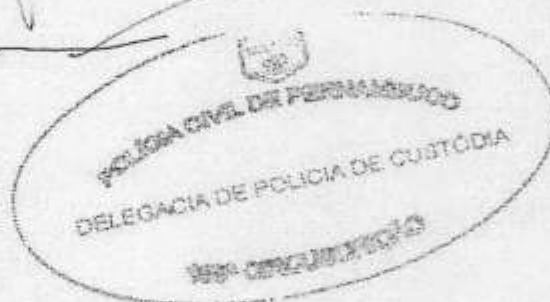
Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA UNIDADE DE POLÍCIA A VÍTIMA EM TELA, NOTICIANDO QUE NA DATA INFORMADA CONDUZIA SUA MOTOCICLETA SENTIDO BETÂNIA AO POVOADO DO REMÉDIO, QUANDO EM UMA CURVA, DEVIDO A VELOCIDADE E OUTRO VEÍCULO QUE VINHA EM SENTIDO CONTRÁRIO, PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU AO SOLO. QUE, MATEUS FERRAZ CONDUTOR DO OUTRO VEÍCULO CITADO FOI QUEM LHE PRESTOU SOCORRO. QUE, DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES FOI TRANSFERIDO DO HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE BETÂNIA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU.

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

x *Frankly Henrique Ferreira Santos*
FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS
(VÍTIMA)

S.O. registrado por: **LISARA BEZERRA DO NASCIMENTO** - Matrícula: **268254-3**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	121.584.644-45	Frankly Henrique Ferreira Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Frankly Henrique Ferreira Santos	121.584.644-45	
Profissão:	Endereço:	Número:
Agricultor	Av. Afonso Feitosa	2
Bairro:	Cidade:	CEP:
Alto Boa Vista	Betânia	56640-000
E-mail:	Estado:	Tel. (DDD):
	PE	84-9634-4904

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0914 CONTA: 36186 1

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____

Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Serra Talhada 13/03/2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Frankly Henrique Ferreira Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

EXCELSIOR SEGUROS

Assinatura 11 JUL. 2019

SEGURO DPVAT

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

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

05/05/14



GOVERNO MUNICIPAL DE BETÂNIA-PE
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Professor Alcides Ferreira
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
Identificação

Data: 05/05/14	Hora: 09:10	Nº registro
Nome: Francisco Henrique Soares S.	Idade: 20	DN: 1 1
CNS:	R.G.:	
End.:	Cidade/UF:	
Nome da mãe:	Contato:	

Sinais Vitais e Dados Antropométrico

PA:	Temperatura:	HGT:
FC:	Saturação:	Peso:

Anamnese e Exame Físico

Sofreu acidente de
trânsito com carro
maiores e contusões várias

Hipótese Diagnóstica

Solitricamente

Prescrição Médica

Paracetamol
S. S. + Plavix + Bactrim - 10
VAT K

Destino do Paciente

Domicílio ()	Observação ()	Internado ()	Transferido ()	Evadiu-se ()	Óbito ()
---------------	----------------	---------------	-----------------	---------------	-----------

Ass. Paciente ou Responsável

Dr. Luiz Carlos Souza
Médico
CRM 2067

EXCELSIOR SEGUROS
11 JUL. 2019
SEGURO DPVAT



Les 10.438, de 26/04/02
MERCIA CLÉTRICA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV 1 AFITONIO FEITOSA 2

ALTO BOA VISTA/BETANIA
BETANIA PE
56670-000

CONTA CONTRATO	MES/ANO
4008827252	02/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE CANCELAMENTO
08/03/2019	28/03/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	73,11

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMIÇÃO
052572041	ÚNICA	28/03/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
28/03/2019	2002788037	327138

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abvo (kWh)	91,0000000	0,73479853	66,86
Contrib. Ium. Pública Municipal			3,75
ICMS Subvenção CDIE-NF 044981780-29/12/18			0,50
Doação FUNDAÇÃO TERRA - (087) 3821-1542			2,00

73.11

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
31818708	CAT	29-01-2019	3.666,00	28-02-2019	3.666,00	30	1,00000		00,00

[illegible][illegible]

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE

Venda	Dirrevisio	Valu	Venda	Dirrevisio	Valu
2100015	2010015	20,73			

Este comunicado NÃO substitui nenhum dos textos anteriores e NÃO contempla editais em discussão judicial. Caso a suspensão do funcionamento por falta por falta de pagamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, conforme previsto no artigo 33 da Lei de Contratos de Prestação de Art.

[illegible]

EXCELSIOR SEGUROS

11 JUL. 2019

SEGURO DPVAT

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50000-902
 CNPJ 10.537.932/0001-08 | Ins. Est. 000043-03 | www.cenpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARGARETA ALVES CAVALCANTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO DE SAUS 111

CPF 308 710 364-15

IPSE/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56912-130

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO	MESIANO
2278076019	03/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LETURA
02/04/2019	25/04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	84,50

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
055958811	UNICA	28/03/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
28/03/2019	2000136709	3672821

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água (m³/m²)			
Contrato: Rm. Pública Municipal	80,3000000	9,75250004	80,20
ICMS Subvenção-CDE-Inf 048313558-25/11/19			2,58
PRO-CRANÇA-06/13412-88807820.03-1 8888			0,76
			0,88
TOTAL DA FATORIA			

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
7010216219	Cat	22/03/2019	18 473,00	26/03/2019	18 581,00	02	1,00000		88,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	Consumo (kWh)
MAR-18	100
FEV-18	112
JAN-18	124
DEZ-18	94
NOV-18	202
OCT-18	340
SET-18	282
AUG-18	260
JUL-18	298
JUN-18	276
MAY-18	204
ABR-18	202
MAR-18	302

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO
ICMS	80,39	25,00	19,55
PIS	80,20	1,01	0,80
COFINS	80,20	4,68	2,81

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Utilização do Energia	R\$ 18,55	39,13
Iluminação	R\$ 2,79	4,84
Distribuição (Cabo)	R\$ 12,30	21,46
Perdas de Energia	R\$ 4,07	6,75
Energia Substituída	R\$ 3,23	5,59
Tributos	R\$ 18,48	30,68
Total	R\$ 48,39	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo elevado (R\$) 0,5216000

RESERVAÇÃO AO FISCAL

90P9 9923 4158 8443 CACD 2515 7426 788C

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

As condições gerais de funcionamento (Resolução ANEP/14.000/01), mantidas, produzindo o serviço prestado e o trabalho de encerramento e disposição, para consulta, através de umidade de alimentação, e no site www.pelle.com.br.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
CONSUMIDOR	VALOR ANUALIZADO em kWh	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
						MÍNIMO	MÁXIMO
CHC	0,08	5,43	16,89	21,73	220	202	231
FTC	1,20	3,20	9,60	13,20			
DMC	0,08	3,11	9,33	9,50			

Limite CHC 10,22

EURO - Valor de Referência do Custo do Sistema de Transmissão - R\$ 175,22/kWh

EXCELSIOR SEGUROS

11 JUL. 2019

SEGURO DPVAT

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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 Rosana de Menezes Silva Cavalcante
inscrito (a) no CPF/CNPJ 051.394.744/25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Frankly Henrique Ferreira Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 121.584.644/45
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Frankly Henrique Ferreira Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 121.584.644/45, 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>Francisco Olavo</u>	Número: <u>110</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>IPSEP</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>56912-130</u>	Tel.(DDD): <u>879634-4907</u>

Local e Data: João Pessoa 03/07/2019

Rosana de Menezes Silva Cavalcante
Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS

11 JUL. 2019

SEGURO DPVAT

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

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

Eu, Cristovão José de Moura,

RG nº 9.050.991, data de expedição 12/04/2013

Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 109.726.424-63,

com domicílio na cidade de Betânia, no Estado de

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

PC Bandeira, nº 78,

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

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

Frankly Henrique Ferreira Santos, cujo o condutor era

Veículo: Motocicleta Modelo: Honda / CG 150 FANESJANO: 2011

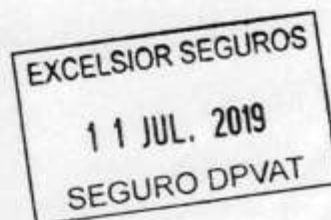
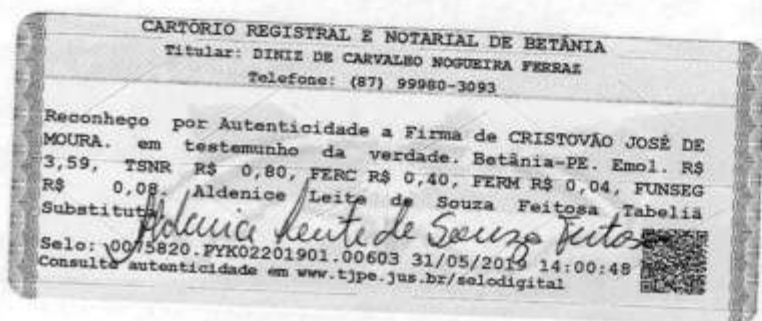
Placa: PEL 6014 Chassi: 9C2 KC16 70 CR 47 70 76

Data do Acidente: 05/05/2014

Local e Data: Serra Talhada 13/03/2019

Cristovão José de Moura
Assinatura do Declarante

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



05/05/14



GOVERNO MUNICIPAL DE BETÂNIA-PE
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Professor Alcides Ferreira
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
Identificação

Data: 05/05/14	Hora: 09:10	Nº registro
Nome: Francisco Henrique Farias S.	Idade: 20	DN: 1 1
CNS:	R.G.:	
End.:	Cidade/UF:	
Nome da mãe:	Contato:	

Sinais Vitais e Dados Antropométrico

PA:	Temperatura:	HGT:
FC:	Saturação:	Peso:

Anamnese e Exame Físico

Sofreu acidente de moto e virou com peso - mãos e contusões várias

Hipótese Diagnóstica

Politraumático

Prescrição Médica

Paracetamol
S. J. V. + Plavix + Buscopan - 1/1
VAT K

Destino do Paciente

Domicílio ()	Observação ()	Internado ()	Transferido ()	Evadiu-se ()	Óbito ()
---------------	----------------	---------------	-----------------	---------------	-----------

Ass. Paciente ou Responsável

Dr. Luiz Carlos Souza
Médico
CRM 2067

EXCELSIOR SEGUROS
11 JUL. 2019
SEGURO DPVAT

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Frankyly Henriqine F. Santa
297797

Prontuário: _____

Data: 07/05/17

Hora: 17:23

DIAGNÓSTICO:

Fratura de zygoma (D)

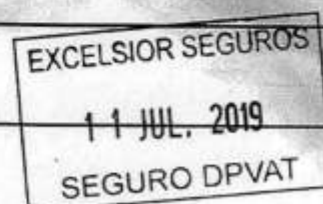
AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Retornar ao ambulatório do Dr. Marcelo
Faleiro, dia 19/05/17, às 06:20 horas

Dr. Marcelo Faleiro 19/05/17

TRATAMENTO REALIZADO:

Tratamento conservador



Alta Hospitalar: Data: 12/05/17

Hora: 08:22

Dr. Petros Fernandes Pessoa
Cirurgião de Otorrinolaringologia
Bucal-Maxilo-Facial

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

PROIBIDO PLASTIFICAR

1421437986

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1421437986

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
SECRETARIA DE POLÍCIA DE IDENTIFICAÇÃO

JOSE NAUÍCIO DE VASCONCELOS SANTOS
ALEXANDRA FERREIRA DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. / QRG. EMISSOR / UF
9300855 BDE PE

CPF
131.584.644-45

DATA NASCIMENTO
24/02/1997

RAÇA
BRANCA

SEX
M

ESTADO CIVIL
CASADO

DATA EMISSÃO
06/10/2020

1ª VALIDADE
25/02/2026

LOCAL
SERV. POLÍCIA DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

SECRETARIA DE POLÍCIA DE IDENTIFICAÇÃO

PERNAMBUCO

06430030683

98078199889

07/03/2027

DFACALADAMBALEESGOANTMMSPROPE

EXCELSIOR SEGUROS

11 JUL. 2019

SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
VALIDEZ EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1017067334	NOME ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE	
	DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSOR/UF 6870802 SDS PE	
	CPF 051.394.744-25	DATA NASCIMENTO 19/08/1983
	FUNÇÃO ANEXO PERRIRA DA SILVA MAKIA JOSE DE MENEZES SILVA	
	PERMISSÃO ACC	CAT. HAB. 3B
Nº REGISTRO 04935894409		VALIDADE 30/11/2019
		1ª HABILITAÇÃO 06/05/2010
PROIBIDO PLASTIFICAR 1017067334	OBSERVAÇÕES 	
	Assinatura de Rosana de Menezes Silva Cavalcante 	
	LOCAL SERRA TALHADA - PE	DATA EMISSÃO 19/11/2014
	Assinatura do Detran 	
	Assinatura do Detran 47011846458 PRO63050153	
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)		

EXCELSIOR SEGUROS
11 JUL. 2019
SEGURO DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190423158 **Cidade:** Betânia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS **Data do acidente:** 05/05/2017 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ZIGOMA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT

AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175

RECIFE ANTIGO

RECIFE-PE

50.030.000



FC0928/38

PESO (kg)

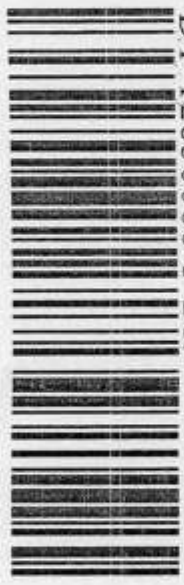
1.484

Correios

☐ AR ☐ MP

SEDEX

DY 12830066 5 BR



EXCELSIOR SEGUROS
11 JUL. 2019
SEGURO DPVAT

DE: ROSANA MENEZES
RUA: JOCA MAGALHÃES
661 A
CENTRO
SERRA TALHADA - PE
CEP: 56.903.480

EXCELSIOR SEGUROS

11 JUL. 2019

SEGURO DPVAT

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME DOCUMENTO BANCÁRIO.

SERRA TALHADA, 02 de 07 de 2019

X Franckyly Henrique Ferreira Santos

EXCELSIOR SEGUROS
11 JUL. 2019
SEGURO DPVAT

Procuração

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

1. Outorgante Frankly Henrique Ferreira Santos

portador(a) do documento de identidade nº 9300595, expedido por SPS-PE, em

07/03/2017, inscrito no CPF sob o nº 121.584.644-45, residente na

TV 1 Afitonio Feitosa, nº 2

complemento Ursa, Bairro Alto Boa Vista, cidade

Betânia, Estado PE

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

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

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

Rua Francisco Olavo, nº 110

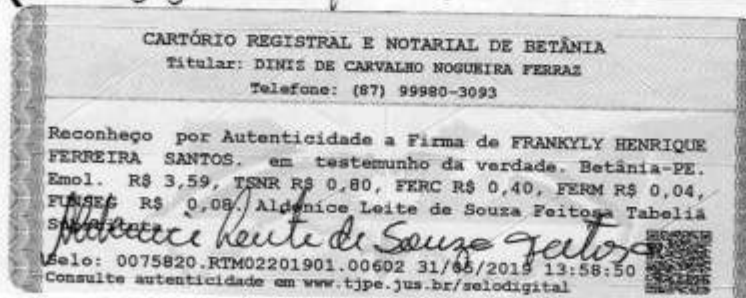
complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade

Serra Talhada, Estado PE

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

Serra Talhada 13 de 03 de 2019

Outorgante Frankly Henrique Ferreira Santos



EXCELSIOR SEGUROS

11 JUL. 2019

SEGURO DPVAT

Invalido 05/05/2017

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0234527/19

Número do Sinistro: 3190423158

Vítima: FRANKYLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS

CPF: 121.584.644-45

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/05/2017

Titular do CPF: FRANKYLY HENRIQUE
FERREIRA SANTOS

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 22/07/2019
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/07/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA