
Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190270271

Vítima: DANIEL PEREIRA

Data do Acidente: 27/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANIEL PEREIRA

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, 03 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190270271

Vítima: DANIEL PEREIRA

Data do Acidente: 27/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL PEREIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: DANIEL PEREIRA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000917

Conta: 0000055643-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 702775534/31 CPF da vítima: DANIEL PEREIRA Nome completo da vítima: DANIEL PEREIRA

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

Nome completo: DANIEL PEREIRA CPF: 702775534/31
Profissão: ARTESÃO Endereço: RUA JOÃO ROSENDO Número: 519 Complemento: CASA
Bairro: JATOBA Cidade: OLINDA Estado: PE CEP: 53320185
E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

RENTA 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: 0917 CONTA: 00055643
(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 de Sinistros a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor devido.

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 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 dias.

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: _____ 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Daniel Pereira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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





511425
0123409/1

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0114003324**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/04/2019** às **15:49**

Complementa o BO Número: **18E0114009026**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **27/8/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 15, 1 - Bairro: JATOBA - OLINDA/PERNAMBUCO**
/BRASIL

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO IDENTIFICADO (AUTOR \ AGENTE)
DANIEL PERREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DANIEL PERREIRA**

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

DANIEL PERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **DIVA MARIA PEREIRA** Data de Nascimento: **29/3/1993** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA HUMBERTO DE LIMA MENDES, 159 - CEP: 55000-000 - Bairro: CASA CAIADA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO IDENTIFICADO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

AUTOMOVELO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **NAO IDENTIFICADO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DANIEL PERREIRA**

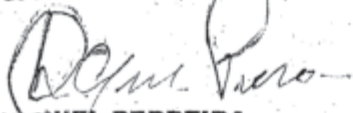
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELO/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VITIMA VEIO NOTICIAR QUE NA DATA E LOCAL ACIMA QUANDO PEDALAVA SUA BICICLETA FOI ATROPELADO POR UM AUTOMOVELO DE PLACA E CONDUTOR NAO INFORMADOS . A VITIMA DECLAROU APOS SER ATROPELADO FOI REMOVIDO DO LOCAL PELO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR PARA A UPA DE OLINDA DE LA FORA TRANSFERIDO PARA HOSPITAL MEMORIAL DE JABOATAO.

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




DANIEL PERREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **CLAUDIO ALVES DE SOUZA** - Matrícula: **296954-8**

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL


DANIEL PERREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **CLAUDIO ALVES DE SOUZA** - Matrícula: **296954-8**

14/04/2014

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: 702775534/31 CPF da vítima: DANIEL PEREIRA Nome completo da vítima: DANIEL PEREIRA

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

Nome completo: DANIEL PEREIRA CPF: 702775534/31
Profissão: ARTESÃO Endereço: RUA JOÃO ROSENDO Número: 519 Complemento: CASA
Bairro: JATOBA Cidade: OLINDA Estado: PE CEP: 53320185
E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

RENDAS CADASTRAIS

RENDAS CADASTRAIS:
☒ 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: 0917 CONTA: 00055643
(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 de Sinistros a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor devido.

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 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 dias.

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 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: _____ 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data, _____
Nome: _____
CPF: _____
Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH001472 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). **DANIEL PEREIRA**, 25 anos, **BRASILEIRO(a)**, **SOLTEIRO(a)**, RG nº 8854129 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 702.775.534-31, residente à RUA HUNBERTO DE LIMA MENDES, nº 159, EDF MARIANA AP 159, BAIRRO NOVO, OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 27/08/2018, por volta das 08:28 hs, no endereço: RODOVIA PE-15, S/N, OURO PRETO OLINDA-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo AUTOMOVEI FIESTA PRATA PEF7401-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) **DANIEL PEREIRA**, inscrito sob o CPF nº 702.775.534-31 e Registro Geral nº 8854129, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 798257-7 **ROGERIO**. Foi transportado(a) para a **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO OLINDA**. Registrado(a) com o prontuário nº 1341788. Ficou aos cuidados do médico **FRANCISCO ROSSI**, registro 23368. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 29/10/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultando protocolo nº 2018APH001472

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00917

CONTA: 000000055643-0

Nr. da Autenticação E7CA3FDA25C60268

DADOS DO CLIENTE
RIVALDO PEDRO FESSUA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOAO RUSENDO 519

CLASSIFICAÇÃO
JATOBÁVOLINDA OLINDA PE 53320-185

RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO
0011207553

MÊS/ANO
01/2019

DATA DE INSCRIÇÃO
04/02/2019

DATA DE VENCIMENTO
06/02/2019

VALOR TOTAL
0,00

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	0,0000000	0,03515298
		0,00

Nº DO	Tipo da	Anterior	Atual	Nº de	Constante	Ajuste	Consumo (kWh)
EDIDOR	Função	Data	Data	Dias			
05306	OUT	11/12/2018	1/01/2019	29	1,0000		0,00

Base de Cálculo	%	Valor do Imposto	Composição do Consumo	R\$	%
Consumo Ativo (kWh)	0,00	0,00	Geração de Energia	0,00	100,00%
			Transmissão	0,00	0,00%
			Distribuição (Carga)	0,00	0,00%
			Perdas de Energia	0,00	0,00%
			Encargos Setoriais	0,00	0,00%
			Outros	0,00	0,00%
			Total	0,00	100,00%

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Se você possui contas em aberto, recomendamos que você regularize suas dívidas o mais rápido possível para evitar o corte de energia e a inclusão em dívida ativa.

CONTA	Valor	Limite	Limite	Tensão	Limite de Variação
CONTA	Valor	Limite	Limite	NOMINAL (V)	MÍNIMO MÁXIMO
0011207553	0,00	4,25	9,51	220	202 231
0011207553	0,00	2,17	5,25		
0011207553	0,00	2,94	0,00		

CONTA CONTRATO
0011207553

MÊS/ANO
01/2019

DATA DE VENCIMENTO
04/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 ABR 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

Itaucard



Consulte sua fatura na Internet
ou nos caixas eletrônicas do Itaú.



CTC RECIFE PE PL2
MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA
AV DR CLAUDIO JOSE GUEIROS LEITE 3214
APTO 1002 - JANGA
53437-000 PAULISTA - PE



3211094290217170000000405510 280218

Data de Postagem: 28/02/2018

Data de Vencimento: 09/03/2018

Data de Fechamento (emissão): 27/02/2018

Data prevista de fechamento da próxima fatura: 04/04/2018



EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELEGRAFOS - ECT
DEVOÇÃO ELETRÔNICA - CDD
CAIXA POSTAL 601
01001-870 SÃO PAULO SP

Retirado no serviço postal
em:
Assinatura e nº do entregador

☐ por portão ou saída
☐ informação escrita
7. Ausente
8. Falado
9. CEP
10. Não entregue

Para uso dos Correios
1. Não entregue
2. Endereço inexistente
3. Não entregue no endereço
4. Não entregue
5. Recusado
6. Não entregue



Mais rapidez e facilidade para você.

Mude para a Fatura Digital.

0202 1002000

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190270271

Cidade: Olinda

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DANIEL PEREIRA

Data do acidente: 27/08/2018

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. (FIO DE KIRSCHNER, PLACA E PARAFUSO)
ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO COTOVELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁGINA 11 DESCRIÇÃO CIRÚRGICA.
PÁGINA 06/ 07/ 10 IMAGEM

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

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/BIBLIOTECABWEB/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

Maurício Fernando Amvosa da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ

488217804, 49

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Daniel Pereira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº

702775534, 31

do sinistro de DPVAT cobertura

INVALIDEZ

da Vítima

Daniel Pereira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº

702775534, 31

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:

Av. Dr. Cláudio José Guendelata

Número:

324

Complemento:

Al 102

Bairro:

Janga

Cidade:

PAULISTA

Estado:

PE

CEP:

53437-000

E-mail:

81996455752

Tel. (DDD):

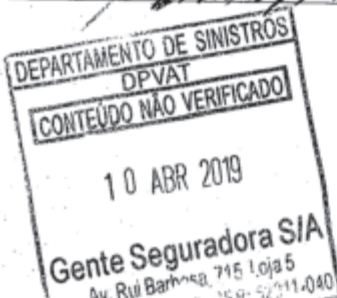
81-98510808

Local e Data:

RECIFE, 15, MARÇO 2019

Maurício Fernando Amvosa da Silva

Assinatura do Declarante



Senha da Classificação:

0100

tendimento: 1341788

at. e Hora: 27/08/2018 09:06

Paciente: 482089 DANIEL PEREIRA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 29/03/1993 Idade: 25 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: DIVA MARIA PEREIRA

Nome do Pai:

CRM: 1234567

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

Bairro: FRAGOSO

Endereço: RUA JOAO ROZENDO

PE Cep: 53402820

Usuário Atendimento: DANIELEMS

Cidade/UF: PAULISTA

Data de Emissão:

RG (Identidade):

Fone: 87654379

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão CRN:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Dor no braço, D. após relato de
de atropelamento por carro leve.

Exame Físico

Neurorreflexos presentes

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT

CONTENIDO NÃO VERIFICADO

10 ABR 2019

Hipótese Diagnóstica

Fratura supra-
condilária

Gente Seguradora S/A

Loja 5
Bancos - Recife PE CEP: 52041-000

Conduta Terapêutica

UPA OLINDA
Gonika Assunção
Nutricionista
CRN 10715

Tratamento
a sala Amarela

Prescrição Médica

1) Dito tra. em sala Amarela
2) Dito tra. em sala Amarela
3) Dito tra. em sala Amarela
4) Dito tra. em sala Amarela
5) Dito tra. em sala Amarela
6) Dito tra. em sala Amarela
7) Dito tra. em sala Amarela
8) Dito tra. em sala Amarela
9) Dito tra. em sala Amarela
10) Dito tra. em sala Amarela

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transfêrindo: HMA

Senha: 5499660

Para:

Dr. Francisco Rossi
Ortopedista
CRM 22.388 TEST 13841

Carimbo Médico



1341788

27/08/2018
09:06

IMIP

28/08/18 - Falei pua o le pua
Sua Hano
Papa pua i lalo

Dr. Carlos B. Lobo Jr.
Ortopedia y Traumatologia
CRM 4573

Papa pua i lalo

Dr. Carlos B. Lobo Jr.
Ortopedia y Traumatologia
CRM 4573

Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 25
Senha: 0100
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 27/08/2018 09:04 - 27/08/2018 09:05

ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

or:

Quêixa Principal:

Observação:

Programa sintoma:

Indicador(es):

Especialidade:

URGÊNCIA AMARELO

AMARELO

TRAZIDO PELOS BOMBEIROS
RELATO DE ATROPELAMENTO
TRAUMA EM MSE

ALERGIA-
NEGA SER HIPERTENSA E DIABETICA

SITUAÇÕES ESPECIAIS

- PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/08/2018 09:05

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 28/08/2018 15:56

Nome Paciente: DANIEL PEREIRA
Cod. Paciente: 482089
Data de Nascimento: 29/03/1993
Sexo: Masculino
Idade: 25
Senha: 0244
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 28/08/2018 15:56 - 28/08/2018 15:56

MARIA TACIANA DE OLIVEIRA CAMPOS - COREN: 127026 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor: AMARELO

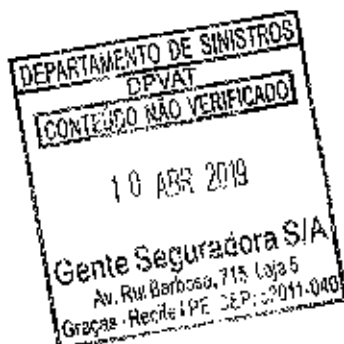
Queixa Principal: FRATURA DO COTOVELO DIREITO

Observação: RENOVAÇÃO DE CADASTRO

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Atendimento por: MARIA TACIANA DE OLIVEIRA CAMPOS - COREN: 127026 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Processo: GESTÃO DE PESSOAS	CÓDIGO	Revisão
	F.A.T.SAM.01	00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Daniel Pereira

REGISTRO: 756593 DATA DE NASCIMENTO: 29 / 03 / 1993

RG: 8.854.129 ORGÃO EMISSOR: SPS/PE

ENDEREÇO: Rua Humberto de Lima Mendes
Nº. 159 Bairro: Jardim Trageiro Olinda

NOME DA MÃE: Dora Maria Pereira

DATA ADMISSÃO: 29 / 08 / 2018 DATA ALTA: 08 / 09 / 2018

DATA DO PROCEDIMENTO: 06 / 09 / 2018 CID: S 42.4

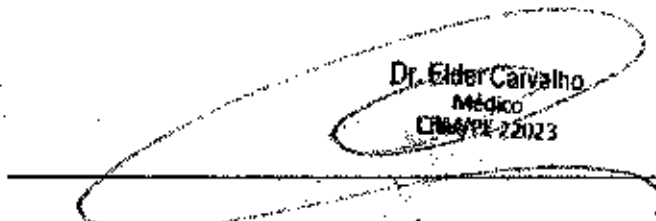
DIAGNÓSTICO: Fratura da Extremidade Inferior
do Úmero Esquerdo

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico de
Fratura Supracondiliana do Úmero
Esquerdo + Transposição de Nervo Cubital

MÉDICO: Arvaldo Coimbra

CREMEPE: 16658

JABOATÃO DOS GUARAPES, 20 DE Setembro DE 2018.


Dr. Elder Carvalho
Médico
CRM/PE 22023

MÉDICO

Date de aquis: 14/10/2018
 Hora de aquis: 07:36:23
 Nome de exp: 2023

10cm

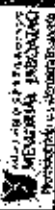
100

DANIEL PEREIRA 16-3

Sex: Masc

Data de nascimento: 29/07/1983

ID: 756552 CRT 16-3



PMESP

Data de aquis: 06/18/2

Hora de aquis: 18:30

Índice de aquis: 27

CCIOVELLO

AF

09/07/2018

Direção de Polícia

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 174684

Nascimento: 29/03/1993

Responsável:

Prontuário: 756593

Sexo: Masculino

Nome: DANIEL PEREIRA

Data e Hora do Atendimento: 29/08/18 10:42:19

Idade: 25 Anos, 5 Meses e 0 Dia

Profissão:

E escolaridade:

CPF:

Identidade: 22

Telefone:

Conjuge:

Estado Civil:

Cartão SUS:

Nome da Mãe: DIVA MARIA PEREIRA

Nome do Pai:

Endereço: RUA JOAO ROSENDO, BULTRINS, CEP: 53320185, Nº 519, OLINDA - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 16 - LEITO 03

Médico: JOSE AIRTON ALVES DE ARAUJO - CRM: 17259

CID:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

RESUMO DE INTERNAMENTO

PACIENTE COM FX DE LUMERO ESQ. ENCAMINHADO DA UPA.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NEGA

EXAME FÍSICO GERAL:

EBB, EUPNÉTICO, APARELHO, CORADO, HIDRATADA, CONSCIENTE E ORIENTADO

AP - CARDIO - VASCULAR:

NDN

AP - RESPIRATORIO:

NDN

ABDOMEN:

NDN

AP - GENITO - URINARIO:

NDN

OUTROS:



5-482835

Sumário de Admissão e Alta

Nome: DANIEL PEREIRA

Prontuário: 710433

Atendimento: 174684

Unidade de Internação: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPÉDICA

Sexo: Masculino

Leito: EBF 16 - LEITO 02

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico):

FRATURA DE UMERO DISTAL

CID: S42.4

Procedimento Solicitado:

0408020385 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA SUPRACONDILIANA DO UMERO

Tempo de permanência Previsto:

Procedimento SUS Realizador:

0403020107 - TRANSPOSIÇÃO DO NERVO CUBITAL

0415030012

0408020385 - Frac. Supracondiliana Umero ef

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

02. 1. Auxílio Cirúrgico: HUGO SOARES FERNANDES

2. Auxílio Cirúrgico:

3. Auxílio Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesiologista: MIRELLA FAVARES DE CARVALHO

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

- ☐ Mudança de Procedimento
☐ Diária de UTI
☐ Diária de Acompanhante
☐ Vacina Anti - Rh

- ☒ Uso de Prótese Órtese
☒ Uso de Fatores de Coagulação
☐ Uso de Oxigenadores
☐ Nutrição Parenteral

Secretaria de Saúde - PJE
0005 - Gerência de Gestão e Informatização
Marta Carolina Mac. Pinheiro Durado
Médica Auditora - PJE - CRM: 8922
C.R.F.: 233.123.09-45

Resumo do Caso: PACIENTE DEU ENTRADA NO SERVIÇO COM FRATURA DE UMERO DISTAL, SENDO SUBMETIDO A CIRURGIA SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: S42.4 - FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERO

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta:

Data de Internação: 29/08/2018

Data de Alta:

08/09/18

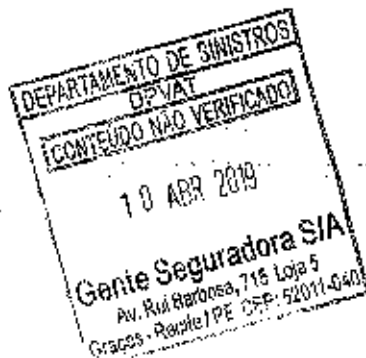
Das de Hospitalização:

DR. OSVALDO COIMBRA JR
Ortopedista / Traumatologista
Cir. Ombro e Cotovelo
CRM-PE: 16.595 / TEOT: 12351

dia (s).

HUGO SOARES FERNANDES

CRM: 22247



Data da aquis.: 30/08/20
 Hora da aquis.: 14:53:
 Índice da aq.: 21

Indice de exp.: 21

100

100

AP PHONE 1-800-451-1234

Escalator

12 gm

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: DANIEL PEREIRA

Prontuário: 756593

Atendimento: 174684

Unidade de Internação / Leito: ENF 16 - LEITO 03

Sexo: Masculino

Idade: 25 Anos, 5 Meses e 8 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S424 - FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO ÚMERO

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): TRANSPOSIÇÃO CUBITAL (COD: 040302010-7)

TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA SUPRA CONDILIANA UMERO ESQUERDO (COD:040802038-5)

Data: 06/09/2018

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

02. 1. Auxílio Cirúrgico: HUGO SOARES FERNANDES

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

Anestesia: GERAL ENDOVENOSA + BLOQUEIO PLEXO

06. Anestesia:

07. Anestesista: MIRELLA TAVARES DE CARVALHO

Descrição da Cirurgia:
PACIENTE EM DECOBERTA GERAL
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERIS
INCISÃO POSTERIOR UNIVERSAL PARA COTOVELO
OSTEOTOMIA EM CREVRON DE OLECRANO
ABORDAGEM DE FRATURA E OBSERVAÇÃO PRECISA DA FRATURA
REDUÇÃO DE FRATURA E FIXAÇÃO COM CLAVES E PLACA DE OSTEOSÍNTESIS
CORTICAL
LAVAGEM COM SF
FITESE DE OSTEOTOMIA DE OLECRANO COM USO DE AGULHAS E FIO DE SUTURA
TRANSPOSIÇÃO SUBMUSCULAR DE NERVO CUBITAL
AVISÃO DA HEMOSTASE
FECHAMENTO POR PLANOS

DR. OSVALDO COIMBRA JR.
Ortopedia / Traumatologia
Cl. Ombro e Cotovelo
CRM-SP: 16.956 / TEOC: 13354

OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

CRM: 76658



PROSMED PRODUTOS MEDICOS
LTDA



Avenida Governador Carlos de Lima Cavalcante, 2820
Casa Galada - OLINDA - PE
Fone: (81) 3482-8501 CEP: 53030-260

DANFE

Documents Available for
New Fiscal Election

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

Nº 000.066.799
Série 001
Folha 1/1



CINQUE DE METAS

2618 0941 2494 3406 0107 5500 1000 0667 9910 0066 7991

Consulta de autenticidade no portal da RFB
www.rfb.fazenda.gov.br/portal ou no site da REFAZ, Autenticadora

ΒΡΕΣΤΟΕΙΛΟ 05 ΔΙΠΤΕΡΟ 05 ΜΕΘ

126180047914307 12/09/2018 09:44:34

Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros

014237650

ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ ದಯಮಾಡಿ ಕರೆ ಮಾಡಿ

41 240 424/11001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

INSTITUTO ALCIDES D ANDRADE L - HOSP MEM JABOATAO

CNPJ: 07.296/0003-71

DATA DA EMISSÃO

12/09/2018

AV General Manuel Rabelo, 126

Engenho Velho

☞

DATA DA EMISSÃO

12/09/2018

MUNICÍPIO

LABRATÃO DOS GUARARAPES

LP

TELEPHONE (FAX)

4369140 ESTADOS

NOV 24 2012

09:23:00

DUPLICATES

Número	001
Vencimento	30/11/2018
Valor R\$	2.900,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		DEBITO		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS		VALOR DO IPT		VALOR TOTAL DA NOTA	
0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		2.900,00	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME E RAZÃO SOCIAL		PRÉZIO POR FONTE		CARGO/FUNÇÃO			
		0 - REMETENTE					
ENDEREÇO		NÚMERO				UF	INSCRITÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	EMPREGO	MARCA	NUMERAÇÃO		PREÇO UNITÁRIO	PREÇO LIQUIDO	

1. ANOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	QUANT	EST	UF	UNID	QUANTIDADE	VALOR UNITARIO	VALOR DESCONTADO	TOTAL	CALC. ICMS	ICMS	IP	ICMS	IP
104.2.18	PARAF.CORTICAL 3,5X18 (T15) Valor aproximado dos tributos R\$32,09 Fonte:IBPT/ Lots do Fornecedor: 419517, Validade do Lote: 30/09/2020, Reg. ANVISA: 10209780032,	90211020	040	5102	UN	1,00	100,00	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
122.2.20	PARAF.CORTICAL ROSQUEAVEL 2,7x20 (T8) Valor aproximado dos tributos R\$32,09 Fonte:IBPT/ Lots do Fornecedor: 5758, Reg. ANVISA: 10209780004,	90211020	040	5102	UN	1,00	100,00	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
122.2.26	PARAF.CORTICAL ROSQUEAVEL 2,7x25 (T8) Valor aproximado dos tributos R\$32,09 Fonte:IBPT/ Lots do Fornecedor: 3641, Validade do Lote: 30/11/2020, Reg. ANVISA: 10209780004,	90211020	040	5102	UN	1,00	100,00	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
105.2.16	PARAF.CORTICAL ROSQUEAVEL 3,5x15 (T15) Valor aproximado dos tributos R\$32,09 Fonte:IBPT/ Lots do Fornecedor: 3290, Validade do Lote: 30/08/2022, Reg. ANVISA: 10209780032,	90211020	040	5102	UN	1,00	100,00	2,00	100,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00
105.2.20	PARAF.CORTICAL ROSQUEAVEL 3,5x20 (T15) Valor aproximado dos tributos R\$32,09 Fonte:IBPT/ Lots do Fornecedor: 9767, Reg. ANVISA: 10209780032,	90211020	040	5102	UN	1,00	100,00	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
273062	PL. BLOQ. UMBRAL POST. LATERAL 97F ESQ Valor aproximado dos tributos R\$770,16 Fonte:IBPT/ Lots do Fornecedor: 500816, Validade do Lote: 30/03/2010, Reg. ANVISA: 10209780068,	90211020	040	5102	UN	1,00	2.400,00	0,00	2.400,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

ALCANTARA DO ISSON

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	0,00	BASE DE CÁLCULO DO ISENT	0,00
VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	1.018,00	BASE DE CÁLCULO DO ISENT	0,00

ADDS ASSOCIATE

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

HOSPITAL: INSTITUTO ALCIDES D'ANDRADE L - HOSP MEM JACOATAO, DATA DA CIRURGIA: 06/08/2018, MÉDICO: OSVALDO
CORREIA PACIENTE: DANIEL PEREIRA CONVENIO SES, PROCEDIMENTO : 040602036 Total aproximado dos valores cobrados
estaduais e municipais: R\$590,61 Fonte: IPT, conf. Lei 12.741/2012.

Ass: KILBERG, 715 1935
Oscarippe DEP: 52011-040

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENDO NÃO VERIFICAR

PRIME ASSURANCE
A. 2010-2011, 715 W 5
Grupos Reche/PPE DEP: 52911-040

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUELL

EC3

POLEGAR DIREITO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

Daniel Pereira

CARTÓRIO 2º OFÍCIO

Flavio de Aguiar Moreira, 52 - Bairro Centro - Igarassu - PE - CEP: 55.700-000. Tel: (081) 3628-0099

ANULADO QUE A COPIA AUTENTICADA E REPRODUÇÃO FOM A AUTENTICADA

AMALICE NUNES DE AMORIM (SUBSTITUIÇÃO em 21/07/2017 16:10:41

IMPR: R\$ 2,99 TSMB: R\$ 0,66 FERC: R\$ 0,35 ISS: R\$ 0,00 Total: R\$ 3,95

Cópio Eletrônica de Fiscalização: 0023981.LBPO6201701.00430

Consulte autenticidade em: <https://www.108.105.br/validador/>

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.854.129

DATA DE EXPEDIÇÃO 14/08/2014

NOME << DANIEL PEREIRA >>

FILIAÇÃO << >>

NATURALIDADE << DIVA MARIA PEREIRA >>

OLINDA - PE

DOC. ORIGEM << CN 145351 L172A F261V CART SEDE

OLINDA PE 12 06 2007 >>

CPF 702.775.534-31

DATA DE NASCIMENTO 29/03/1993

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

7-61 923/6 - 4522

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 ABR 2019

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5

Grças - Recife PE CEP: 52011-040

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

1482727575

MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
 2003138 SSP. PE

CPE
 408.217.804-49

DATA NASCIMENTO
 26/10/1966

FILIAÇÃO
 MAURINALDO PEREIRA DA SILVA
 MARIA JOSE ARAUJO DA SILVA

PERMISSÃO
 ACC
 CAT. HAB.
 AB

Nº REGISTRO
 03956117363

VALIDADE
 19/07/2023

1ª HABILITAÇÃO
 08/10/1986

OBSERVAÇÕES
 A

Mauricio Fernando Araujo da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 OLINDA, PE

DATA EMISSÃO
 19/07/2017

Charles Anderson Sousa Ribeiro
 Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

58571334914
 PE080271553

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

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

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa
 Graças - Recife

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: DANIEL PEREIRA

NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO
CIVIL SOLTEIRO, PROFISSÃO ARTESÃO RG: 8854129
C.P.F. 70277553431 ENDEREÇO RUA JOÃO ROSENDO
Nº 519, JATOBÁ, OLINDA PERNAMBUCO.

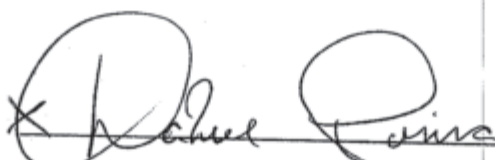
OUTORGADO: MAURICIO FERNANDO ARAUJO SILVA,
Brasileiro, Divorciado, Professor RG:2883138/SDS/PE, CPF:48821780449,
residente a Avenida Doutor Claudio Jose Gueiros Leite, nº 3214, apto 102,
Janga, Paulista, Pernambuco.

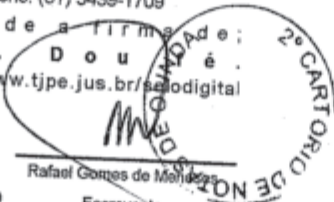
PODERES

Para representá-lo(a) na solicitação da indenização
Por invalidez permanente no acidente ocorrido com a vítima
em 27/08/2018 referente ao **SEGURO DPVAT**, perante a
Seguradora Líder e suas Seguradoras conveniadas.



OLINDA, 11 de Março de 2019


AUTORGANTE

 **Cartório Rita Rangel**
R. Professor José Cândido Pessoa, 48
Bairro Novo - Olinda - PE Fone: (81) 3439-1709
Reconheço por autenticidade a firma de:
DANIEL PEREIRA. Dou fé.
Consulte a autenticidade do selo digital em www.tjpe.jus.br/selodigital
Selo: 0150672.UFJ02201901.00871
Ato: 104 - Reconhecimento de Firma.
Data: 11/03/2019 09:13:36
EMOL: R\$ 3,59 TSNR R\$ 0,80 FERC: R\$ 0,40


Observação: só reconhecer firma no cartório por autenticidade

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123409/19

Vítima: DANIEL PEREIRA

CPF: 702.775.534-31

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANIEL PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA : 488.217.804-49

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

DANIEL PEREIRA : 702.775.534-31

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/04/2019
Nome: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA
CPF: 488.217.804-49

MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/04/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA