

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, 28 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200159216

Vítima: HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES

Data do Acidente: 01/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES

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, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200159216 **Vítima: HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES**

Data do Acidente: 01/08/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001112-6

Conta: 0000015009-6

Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorno 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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **039.766.344-12** 3 - CPF da vítima: **039.766.344-12** 4 - Nome completo da vítima: **Haroldo Fabricio Siqueira Soares**

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

5 - Nome completo: **Haroldo Fabricio Siqueira Soares** 6 - CPE: **039.766.344-12**

7 - Profissão: **Agricultor** 8 - Endereço: **AG 08 - Bloco 03 - Limão Branco** 9 - Número: **560** 10 - Complemento: **Casa**

11 - Bairro: **Zona rural** 12 - Cidade: **Petrópolis/MG** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **56460-000**

15 - E-mail: **(57) 9634-4907** 16 - Tel.(DDD): **(57) 9634-4907**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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: **Bnagil**

AGÊNCIA: **1112** CONTA: **15.009** (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Autorizo a Seguradora Lider 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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deu ou não nasceu? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Senna Talhada 22.04.2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **Haroldo Fabricio Siqueira Soares**

43 - Assinatura do Procurador (se houver) **Rosane de Oliveira**

Silva Barreto



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 186ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLÂNDIA - DP186ªCIRC
DINTER2/22ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 20E0276000367

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/04/2020** às **15:55**

Complemento, no 3º minuto. **18E0276000005**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cúpula (Consumado) que aconteceu no dia **1/8/2017** no período da **Tarde**

Local ocorrido na endereço: **MUNICÍPIO DE PETROLÂNDIA, 1, AGROVILA 4 LIMÃO BRAVO**

Bairro: **CENTRO - PETROLÂNDIA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Lugar: **rua V.A PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA AUTOR VAGENITE,
DAMIÃO CORDEIRO FILHO (OUTRO)
HAROLDO FABRÍCIO SIQUEIRA SOARES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (não é o bate e vai): que estava em posse do(a) Sr(a): HAROLDO FABRÍCIO SIQUEIRA SOARES

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

NAO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo **Desconhecido** Naturalidade **NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

HAROLDO FABRÍCIO SIQUEIRA SOARES (presente ao plantão) - Sexo **Masculino** Mãe **EDILEUZA SIQUEIRA SOARES** P/pa **JOSE AROLDO SOARES** Data de Nascimento **13/10/1981** Naturalidade **NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial **MUNICÍPIO DE PETROLÂNDIA, 1, AGROVILA 8 LIMÃO BRAVO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PETROLÂNDIA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DAMIÃO CORDEIRO FILHO (não presente ao plantão) - Sexo **Masculino** Naturalidade **NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DAMIÃO CORDEIRO FILHO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **HAROLDO FABRÍCIO SIQUEIRA SOARES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quant. Lado: **1 (UNIDADE)**

Placa **0YL6767** (PE - PERNAMBUCO / M. PETROLÂNDIA) Ano/Modelo: **01242013** / Classe: **BC2JC4110ER719444**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

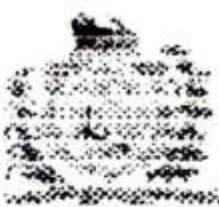
RELATA A VÍTIMA QUE, QUANDO TRAFEGANDO NA CITADA VIA, CONDUZINDO A MOTOCICLETA, APÓS UMA FECHADA DE OUTRO VEÍCULO QUE VINHA EM SENTIDO CONTRÁRIO, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, VINDO A CAIR NA ESTRADA E SOFRER LESÃO NA CLAVÍCULA ESQUERDA. FICA REGISTRADO PARA OS DEVIDOS FINS.

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

Haroldo Fábricio Siqueira Soares
HAROLDO FÁBRICIO SIQUEIRA SOARES
(VITIMA)

B.O. registrado por ADILSON ALVES QUADROS DE OLIVEIRA Matrícula: 320629-7

Adilson Alves Q de Oliveira
Comissário Esp. de Polícia
Mat.: 320.629-7



15 GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 186ª CIRCUNSCRICAO - PETROLANDIA -
Ireland
DP 186ª CIRC DINTER2/22º DESEC

BOLETIM DE OCORRENCIA N° 195027600005

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/01/2018 às 16:43

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumador)
que ocorreu no dia 20/8/2017 no período da Tarde

Endereço no endereço: **MUNICÍPIO DE PETROLANDIA, 1, AGROVILA 4
LIMÃO VERDE - Bairro: CENTRO - PETROLANDIA/CEGANHICO/RRACH
CEP: 69.301-000 - VIA FERROVIÁRIA**

ESTATE PLANNING FOR THE RETIREMENT YEARS

NAO DE APPLICA (AUTOR VAGENTE);
DAMIAO CORREIRO FILHO (OUTRO);
HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES (VITIMA).

Objeto(s) enviado(s) na ocasião:

VEICULO, (usado na geraçao da ocorrência), que estava em posse do(s) sr(a) HAROLDO FABRICIO SIMONEIRA SOARES

Quantificação das pessoas envolvidas(s)

NÃO SE APLICA (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO (PERNAMBUCO / BRASIL)

HAROLDU FABRICIO SIQUEIRA SOARES (PRESO NO PIAUÍ) - DEX01
Machado Mar. FDR FUTA SICURIDA SOARES MARCOS ADOLFO SOARES (data de
nascimento 10/10/1981) Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE PETROLANDIA, 1, AGROVILA S LIMÃO BRAVO - CEP:
54880-000 - Bairro: CENTRO - PETROLANDIA/PERNAMBUCO/BRASIL

**RAMIAO CORDEIRO FILHO (não presente ao plantão) - Sexo Masculino / Naturalizado
não informado / PERNAMBUCO (Brasil)**

Quanticada (sócio da quanticada)

VEÍCULO (VEÍCULOS) de propriedade do(a) Sr(a) DAMIÃO GONÇALVES FILHO, que esteve em posse do(a) Sr(a) MARCOS FÁBRICIO SQUEIKA SOARES

Características da vítima: **MOTOCICLETA/HONDA/CB 125** Objeto apreendido: **MAIS 1 PISTOLA + 12 CARREGADORES, 1 (UNIDADE)**

Placa: **07L6787** / PERÍODO: 04/07/2014 - 10/07/2014 / RODÍVEL: **012429987** / CATEGORIA: **00200411000710444**
ANO FABRICAÇÃO/VALIDADE: **2014/2014** / COMBUSTÍVEL: **GASOLINA**

Complemento / Observação

RELATAM VÍTIMA QUE, QUANDO TRAVEGANDO NA DITADA VIA, CONDUZINDO A MOTOCICLETA, APÓS UMA FECHADA DE OUTRO VEÍCULO QUE VINHA EM SENTIDO CONTRÁRIO, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, VINDO A CAIR NA ESTRADA E SOFRER LESÃO NA CLAVÍCULA ESQUERDA. FICA REGISTRADO PARA OS DEVIDOS FIMOS.

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

Haroldo Fabricio Siqueira Soares
HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES
(VÍTIMA)

D.O. REQUISITADO POR: **ADILSON ALVES QUINTE DE OLIVEIRA** - MATRÍCULA: **0200020-7**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

3 - Nº do Distrito ou ASL: 3 - CPF da vítima: 039.766.344-12 - Nome completo da vítima: Henoldo Fabrício Siqueira Soares

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

5 - Nome completo: Henoldo Fabrício Siqueira Soares 6 - CPF: 039.765.344-12
 7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: QG 08 - Bloco 03 - Límão Bravão 9 - Número: 560 10 - Complemento: Casa
 11 - Bairro: Zona rural 12 - Cidade: Petrópolis 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56460-000
 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (47) 9634-4502

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1112

6

CONTA: 15.009

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

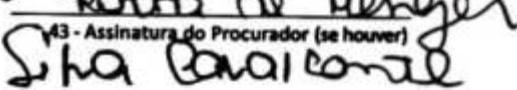
39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Serra Talhada, 22.04.2020





42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

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: 08/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01112-6

CONTA: 000000015009-6

Nr. da Autenticação 3AE720606EF7AAD6

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



MOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE CONSUMO ELÉTRICO

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Bca. Vista, Recife - PE CEP 510250-302
CNPJ 10.015.902/0001-08 | Inscrição Estadual 01022412-93 | www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE

HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES
AGROVILA 08 BLOCO 03 CASA 40

CPF 039 765 344-12

CLASSIFICAÇÃO

IB2 RURAL
AGROPECUARIA RURAL
Tolima

103092881 UNICA 13/04/2020

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AG 08 - BLOCO 03 - LIMA BRAVO 563
PETROLANDIA - RURAL

PETROLANDIA - RURAL/PETROLANDIA.RU
PETROLANDIA.PE
58460-000

CONTA CONTRATO	04/2020
4007065359	DATA DE VENCIMENTO
DATA PAGAMENTO	13/05/2020
131.88	TOTAL

ANSWER

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(KWh)-TUSD	215,000000	0,32306141
Consumo Ativo(KWh)-TE	215,000000	0,27678579
ICMS Subvenção-CDE-NF 96243372-13/01/20		0,84
ICMS Subvenção-CDE-NF 96246532-10/02/20		0,79

TOTAL DA FAZENDA

“Hemos trabajado de acuerdo con la nota fiscal”

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FIMIÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE CONSTÂNTES	AJUSTE	CONSUMO (W/m)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			
311813674	CAT	11/03/2010	11.000,00	13/04/2010	11.240,00	33	1,00000	215,00
311813674	LNT	11/03/2010	7.430,00	13/04/2010	7.450,00	33	1,00000	11,00

www.ijerpi.org | www.ijerpi.com | www.ijerpi.net

RESUMO DA BASE DE CÁLCULO				Contribuição para o ICMS	
Mês/Ano	WIFI	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO REPOSTO	GERAÇÃO DE ENERGIA
ABR 20	215	ICMS			Reinvestimento
MAR 20	163		130,26	33,50	1,73
FEV 20	158	FIS	130,35	1,10	23,67
JAN 20	158	COFINS	130,25	4,88	8,55
DEZ 19	280				Perdas de Energia
					Entregas Setoriais
					Trilhantes
					Total
					14,10

Month	Value	Series
NOV19	294	Consumer Advertisers, Total
OUT19	185	Consumer Advertisers, Total
SET19	180	Consumer Advertisers, Total
AGO19	112	Consumer Advertisers, Total
Jul19	120	Consumer Advertisers, Total
AM19	303	Consumer Advertisers, Total
MAR19	294	Consumer Advertisers, Total

www.ijerpi.org

As condições para este
concurso são: disponibilidade AMG,
414.000,00 reais, arremada
e serviço prestado e realizada

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)
 Capitalas 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/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 Rosana de Meneges Silva Cavalcante

inscrito (a) no CPF/CNPJ 051.394.744, 25 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Haroldo Fabricio Siqueira Soares inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.765.344-12

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Haroldo Fabricio Siqueira Soares

inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.765.344, 12, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recusei Renda: Recusei e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Francisco Olavo</u>	Número:	<u>110</u>	Complemento:	<u>casa</u>
Bairro:	<u>TPSEP</u>	Cidade:	<u>Senna Talhada</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:				CEP:	<u>56912-130</u>
				Tel.(DDD):	

Local e Data:

Senna Talhada 24.04.2020

Assinatura do Declarante



Hercylio Vitorino S. Soares

140203735

Div: 53/3015984

Ex.: 26.08.3n.03

Mês: 08/2020 S. Vitorino Soares

Data: 01/08/17

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VEÍCULO	Automóvel <input type="checkbox"/>	Ônibus <input type="checkbox"/>	Moto <input checked="" type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>
MODO	Atropelamento <input type="checkbox"/>	Colisão <input type="checkbox"/>	Capotagem <input type="checkbox"/>	Outro <input checked="" type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>

AGRESSÃO

POR	Arma de Fogo <input type="checkbox"/>	Arma Branca <input type="checkbox"/>	Espancamento <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>	
MODO	Assalto <input type="checkbox"/>	Briga <input type="checkbox"/>	Ação Policial <input type="checkbox"/>	Agressão Sexual <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>

ACIDENTE DE TRABALHO

ORIGEM	Construção Civil <input type="checkbox"/>	Indústria <input type="checkbox"/>	Agricultura <input type="checkbox"/>	Comércio <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>
--------	---	------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

AUTO-AGRESSÃO / SUICÍDIO

POR	Arma de Fogo <input type="checkbox"/>	Enforcamento <input type="checkbox"/>	Drogas <input type="checkbox"/>	Queda de Nível <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>
	Arma Branca <input type="checkbox"/>	Veneno <input type="checkbox"/>	Etilismo <input type="checkbox"/>			

OUTROS TIPOS DE ACIDENTES

Intoxicação Acidental <input type="checkbox"/>	Queda Acidental <input type="checkbox"/>	Afogamento <input type="checkbox"/>	Queimadura <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>
--	--	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Via Pública <input type="checkbox"/>	Domicílio <input type="checkbox"/>	Ambiente de Trabalho <input type="checkbox"/>	Escola <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	------------------------------------	---	---------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

ATENDIMENTO

Queixa Principal - Motivo

Paciente vítima de queda de
moto há ± 1h. Dolor dor no nível
da clavícula esquerda. Glasgow 15

Exame Físico

PESO

TEMP.

PA

FR

EVOLUÇÃO - PRESCRIÇÃO - CONSULTAS - EXAMES - PROCEDIMENTO

~~Salvoite: Rx da clorula segundate~~ **OK**

- Typoia.

- Encaminhado p/ Sesa Tafkasa

Diagnóstico Inicial

anorexia de ereto

Diagnóstico Definitivo

Hora e Data da Alta

Médico - Assinatura - Carimbo

12428

Faturamento - SIA - SUS

Proced.

Esp.

Idade



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

Secretaria
de Saúde
Pernambuco



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Francisco Anselmo Ltda.

2 - CNES
SÉP. FRANCISCO

2517124

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Francisco Anselmo Ltda.

4 - CNES
SÉP. FRANCISCO

2517124

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO

RG 5087000-1-1-1-1-1

NOME ATEND.

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

0706504379824199

6 - SIS PRENATAL

7 - SENHA/REGULAÇÃO

8 - N.º DO PRONTUÁRIO

38367

9 - NOME DO PACIENTE

Haroldo Fabrício Siqueira Soares

10 - DATA DE NASCIMENTO

13/10/1981

11 - SEXO

Masc. Fem.

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Edelvira Siqueira Soares

13 - TELEFONE DE CONTATO

8796461183

14 - ENDEREÇO (RUA N.º BAIRRO)

Leão siqueira, 5000-269

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

Recife

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Fracurou na perna de cão da mulher,

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

PA

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fracura de clavícula

22 - CID. 10 PRINCIPAL

S42.0

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Int. e Fr. de clavícula

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

04.08.01022-3

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

31 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE)

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE

**Dr. M. Francisco Anselmo
Ortopedia e Traumatologia
01/08/2017
CPF: 352.723.942-0**

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

**Hospital Francisco Anselmo
C. 21-41.005.563/0001-93**

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () CNPJ DA SEGURODORA

39 - N.º DO BILHETE

40 - SÉRIE

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - () CNPQ DA SEGURODORA

41 - N.º DO BILHETE

42 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

43 - CBH

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

46 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

51 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

47 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

48 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

**01/08/2017
José Roberto Viana
Médico Autorizado
CRM-PE 8.600**

MOTIVO DA ALTA: *reabilitação*

CARÁTER DA INTERNAÇÃO: *urgência*

DATA DA INTERNAÇÃO: *01/08/17*

DATA DA SAÍDA: *02/08/17*

HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

Rua Vereador Silvino Cordeiro, 384 - AABB - Serra Talhada - PE
Fone/Fax: (87) 3831.3736 / 3831.2142 - CEP: 56.912-110
CNPJ: 41.095.563/0001-98 email: csf184@hotmail.com

CLÍNICAnro do Registro: 38367Data: 01/08/17**IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Marcelo Fabrício Liguera Soares
Idade: 35 Sexo: Masc. Cor: Pardo Estado Civil: Casado
Profissão: Mecânico Naturalidade: Brasil

Endereço:

Rua: R. joão cipriano ferre N.º: 269 Bairro: centro
Idade: Itambé Estado: PE Fone: 96461183

Filiação:

Pai: José Marcelo Soares
Mãe: Ediluza Liguera Soares

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Fraco venoso de braço

Hipótese Diagnóstica:

ang de claudic

Exames Solicitados:

14

Condições de Alta

Motivo de Alta

ALTA EM 03/08/17

Cirurgia Realizada:

Ent. f. & St. Claudio

N.º C.

Data: <u>02/08/17</u>	Inicio:	Término:	
Cirurgião: <u>Edine</u>	1.º Auxiliar:	2.º Auxiliar:	Anestesista: <u>JR</u>

Pt

J Am. M

P. adeno + tum. de tó em ue cl
tive klin

Adm. dura

Dr. Edine
Ortopedia Traumatologia
CRM: 15.122
CPF: 882.723.544-20

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME **HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES**
DOC. IDENTIDADE/ÓRG. EMISSOR/UF **5087000 SSP PE**
CPF **039.765.344-12** **DATA NASCIMENTO** **13/10/1981**
FILIAÇÃO
JOSE AROLDO SOARES
EDILEUZA SIQUEIRA SOARES
PERMISSÃO **ACC** **CAT. HAB** **AD**
Nº REGISTRO **01847587492** **VALIDADE** **15/02/2021** **1ª HABILITAÇÃO** **08/06/2001**
OBSERVAÇÕES
sem observações

Haroldo Fabricio Siqueira Soares
ASSINATURA DO PORTADOR
LOCAL **SERRA TALHADA - PE** **DATA EMISSÃO** **16/02/2016**
Haroldo
ASSINATURA DO EMISSOR **11015586384**
PE071308121
DETTRAN - PE (PERNAMBUCO)
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1221662851

PROIBIDO PLASTIFICAR
1221662851



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014801845114
VIA CÓD. RENAVAM R. NTR. C. EXERCÍCIO
1 1012425387 2013/2014

HAROLDO ENARICIO Siqueira Siqueira

Nome

PETROLANDIA-PE

CPF / CNPJ 039 - 765.344-52

PLACA ANT. UF PE PLACA CHASSI 922360421088719444

ESPECIE TIPO MOTO/CICLISTA

COMBUSTIVEL Gasolina

CATEGORIA 32220203 COR FRENTE DOMINANTE TRK-75

MARCA / MODELO HONDA / CG 125 Fim K5

ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2012

DATA PAGAMENTO 1º VENC. COTA UNICA 1º VENC. COTAS

2º VENC. COTA UNICA 2º VENC. COTAS

3º VENC. COTA UNICA 3º VENC. COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) 10,00 (R\$) 0,32

PREMIO TOTAL (R\$) 30,11

SEM RESERVA
OBSERVAÇÕES

CONTRAN		DENATRAN	
<p>DETAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO</p> <p>Nº 014801845114 VIA CÓD. RENAVAM R. NTR. C. EXERCÍCIO 1 1012425387 2013/2014</p> <p>HAROLDO ENARICIO Siqueira Siqueira</p> <p>Nome</p> <p>PETROLANDIA-PE</p> <p>CPF / CNPJ 039 - 765.344-52</p> <p>PLACA ANT. UF PE PLACA CHASSI 922360421088719444</p> <p>ESPECIE TIPO MOTO/CICLISTA</p> <p>COMBUSTIVEL Gasolina</p> <p>CATEGORIA 32220203 COR FRENTE DOMINANTE TRK-75</p> <p>MARCA / MODELO HONDA / CG 125 Fim K5</p> <p>ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2012</p> <p>DATA PAGAMENTO 1º VENC. COTA UNICA 1º VENC. COTAS</p> <p>2º VENC. COTA UNICA 2º VENC. COTAS</p> <p>3º VENC. COTA UNICA 3º VENC. COTAS</p> <p>PREMIO TARIFARIO (R\$) 10,00 (R\$) 0,32</p> <p>PREMIO TOTAL (R\$) 30,11</p> <p>SEM RESERVA OBSERVAÇÕES</p>			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014801845114 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2013 DATA EMISSÃO 15/04/2013
PLACA 922360421088719444

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

CONTRAN		DENATRAN	
<p>DETAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO</p> <p>Nº 014801845114 VIA CÓD. RENAVAM R. NTR. C. EXERCÍCIO 1 1012425387 2013/2014</p> <p>HAROLDO ENARICIO Siqueira Siqueira</p> <p>Nome</p> <p>PETROLANDIA-PE</p> <p>CPF / CNPJ 039 - 765.344-52</p> <p>PLACA ANT. UF PE PLACA CHASSI 922360421088719444</p> <p>ESPECIE TIPO MOTO/CICLISTA</p> <p>COMBUSTIVEL Gasolina</p> <p>CATEGORIA 32220203 COR FRENTE DOMINANTE TRK-75</p> <p>MARCA / MODELO HONDA / CG 125 Fim K5</p> <p>ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2012</p> <p>DATA PAGAMENTO 1º VENC. COTA UNICA 1º VENC. COTAS</p> <p>2º VENC. COTA UNICA 2º VENC. COTAS</p> <p>3º VENC. COTA UNICA 3º VENC. COTAS</p> <p>PREMIO TARIFARIO (R\$) 10,00 (R\$) 0,32</p> <p>PREMIO TOTAL (R\$) 30,11</p> <p>SEM RESERVA OBSERVAÇÕES</p>			
<p>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</p> <p>ONPJ 09.248.608/0001-04</p> <p>10/12/19</p> <p>15/04/2013</p> <p>10,00 (R\$)</p> <p>0,32 (R\$)</p> <p>30,11 (R\$)</p> <p>1º VENC. COTA UNICA 1º VENC. COTAS</p> <p>2º VENC. COTA UNICA 2º VENC. COTAS</p> <p>3º VENC. COTA UNICA 3º VENC. COTAS</p> <p>PREMIO TARIFARIO (R\$) 10,00 (R\$) 0,32</p> <p>PREMIO TOTAL (R\$) 30,11</p> <p>SEM RESERVA OBSERVAÇÕES</p>			

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200159216 **Cidade:** Petrolândia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES **Data do acidente:** 01/08/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200159216 **Cidade:** Petrolândia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES **Data do acidente:** 01/08/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: EVOLUÇÃO MÉDICA NA PÁGINA 4/5

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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Procuração

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

1. Outorgante Haroldo fabricio Siqueira Soares
portador(a) do documento de identidade nº 5087000, expedido por SSP-PE, em
17/02/2000 inscrito no CPF sob o nº 039 765.344-12, residente na
Agronila 08 Bloco 03 Litorâneo Brava, nº 40
complemento Projeto Ico-Mauá, Bairro Zona Rural, cidade
Petrolina, 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.

Amplos 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.

FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Petralandia 22 de Abri de 2020.

Outorgante: Haroldo Fabrício Siqueira Soares

