

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número de Sinistro ou ASL.

CPF da Vítima

**096.547.874-23**

Nome completo da vítima

**ARISON SILVA DE PAULA**

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>ARISON SILVA DE PAULA</b>	CPF titular da conta <b>096.547.874-23</b>	Profissão <b>Lojista</b>
Endereço <b>R- ANTONIO LUIZ DE CARVALHO</b>	Número <b>04</b>	Endereço <b>CASA</b>
Bairro <b>MACAÉIRA</b>	Cidade <b>RECIFE</b>	CEP <b>52090-680</b>
Email		Telefone (DDD) <b>081-98881-6515</b>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR    | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00               | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00        |

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA  
Nº

D/V

CONTA  
Nº

D/V

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

IABO

\_\_\_\_\_

AGÊNCIA  
Nº

D/V

CONTA  
Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

**RECIFE - 13 de MARÇO**

Local e Data

**05.802.494/0001-41**

**TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA**

**16 MAR. 2013**

**Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C**

**Belo Horizonte - CEP: 31.050-010**

**RECIFE-PE**

**Campo 1 - Assinatura do Beneficiário**

**Campo 2 - Assinatura do Representante Legal**

Caixa Econômica Federal  
SAC 0800 726 8101  
OUVIDORIA 0800 725 7474  
OUVIDORIA 0800 725 7474

067-384733619-5

08/MAR/2018 HORA DF: 15:22:58

LOT: 15.87507-3 TERM: 828231  
LOCALIDADE: RECIFE  
AG. VINCULADA: 0849 CONTROLE: 615831779

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0849 813 00238132-9

ARTSON SILVA DE PAUL

VALOR :

000

ESTE RECIBO É VALIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

067-384733619-5

1A VIA

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

16 MAR. 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



## GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ºCIRC DIM/2ºDESEC

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0096000212

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/01/2018** às **17:01****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 17/11/2017 no periodo da Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **47AVENIDA DEZESSETE DE AGOSTO- APIPUCOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE APIPUCOS (BAIRRO), 1 - Bairro: APIPUCOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO IDENTIFICADO ( AUTOR \ AGENTE )  
 CARLOS HENRIQUE DA PAIXÃO ( OUTRO )  
 ADEMIR FERREIRA DE PAULA ( OUTRO )  
 ARISON SILVA DE PAULA ( VITIMÁ )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): NÃO IDENTIFICADO  
 VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): CARLOS HENRIQUE DA PAIXÃO

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

**ARISON SILVA DE PAULA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DAS DORES DA SILVA**  
 Pai: **ADEMIR FERREIRA DE PAULA** Data de Nascimento: **7/6/1989** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**  
 Endereço Residencial: **RUA AMARO LUIS DE CARVALHO, 04, QUADRA 01 - LOTE 04 - CEP: 55000-000 - Bairro: MACAXEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**CARLOS HENRIQUE DA PAIXÃO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO CARMO DA PAIXÃO** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**ADEMIR FERREIRA DE PAULA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ADEMIR FERREIRA DE PAULA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CARLOS HENRIQUE DA PAIXÃO**  
 Categoría/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **CINZA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLD9819** (PERNAMBUCO/RECIFE)Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010**Descrição: **CG-150 - FAN**

05.802.494/0001-43  
 Rua da Aurora, 111 175, 51.902 BL C  
 Boa Vista - CEP: 50.060-010  
 RECIFE-PE

DOCUMENTO  
ORIGINAL



## GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ºCIRC DIM/2ºDESEC

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0096000212

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/01/2018 às 17:01**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 17/11/2017 no período da Tarde**

Fato ocorrido no endereço: 47 AVENIDA DEZESSETE DE AGOSTO- APIPUCOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: BAIRRO DE APIPUCOS (BAIRRO), 1 - Bairro: APIPUCOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO IDENTIFICADO (AUTOR/AGENTE)  
 CARLOS HENRIQUE DA PAIXÃO (OUTRO)  
 ADEMIR FERREIRA DE PAULA (OUTRO)  
 ARISON SILVA DE PAULA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): NÃO IDENTIFICADO  
 VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): CARLOS HENRIQUE DA PAIXÃO

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

**ARISON SILVA DE PAULA** (presente ao plantão) - Sexo: Masculino M<sup>r</sup>: MARIA DAS DORES DA SILVA  
 P<sup>m</sup>: ADEMIR FERREIRA DE PAULA Data de Nascimento: 7/6/1989 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL  
 Endereço Residencial: RUA AMARO LUIS DE CARVALHO, 04, QUADRA 01 - LOTE 04 - CEP: 55000-000 - Bairro:  
 MACAXEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

**CARLOS HENRIQUE DA PAIXÃO** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino M<sup>r</sup>: MARIA DO CARMO DA PAIXÃO Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

NÃO IDENTIFICADO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

**ADEMIR FERREIRA DE PAULA** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETO/A

LE ESCRITÓRIO LTDA

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): ADEMIR FERREIRA DE PAULA, que estava em posse do(a) Sr(a): CARLOS HENRIQUE DA PAIXÃO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Objeto apresentado: Não  
 Cor: CINZA • Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

12 ABR. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

08/01/2018

Placa: KLD9819 (PERNAMBUCO/RECIFE)

Ano Fabricação/Modelo: 2010/2010

Descrição: CG-150 - FAN

**AUTOMÓVEL (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **NÃO IDENTIFICADO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **NÃO IDENTIFICADO**  
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/TOYOTA/HILUX** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCN3999** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

INFORMOU A VÍTIMA QUE TRANSITAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE PLACA KLD9819, A QUAL ERA PILOTADA POR CARLOS HENRIQUE DA PAIXÃO, QUANDO TAL MOTOCICLETA ABALROU NA TRAZEIRA DO VEÍCULO DE PLACA PCN3999. A VÍTIMA SOFREU FERIMENTOS DIVERSOS SENDO SOCORRIDO POR UMA VT DO GRUPAMENTO DE RESGATE DO CORPO DE BOMBEIROS E CONDUZIDO PARA O UPA DA CAXANGÁ E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA.

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

*Arison Silva de Paula*

**ARISON SILVA DE PAULA**  
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **JOEZ CORREIA DOS SANTOS** - Matrícula: **155765-3**



05.802.494/000-  
 TRAÇÃO CORRETIVA  
 DE SEGUIMENTO

12 ABR. 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl.  
 Boa Vista - CEP: 50.060-000

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

#### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

**ARISON SILVA DE Paula**

CPF da Vítima

**096.547.874-23**

Data do Acidente

**17-11-2017**

#### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) <b>081-988963391</b>

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

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

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

**05.802.494/0001-41**  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

**Reato 43 de Março de 2018 16 MAR 2018**

Local e Data

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIF-PE

**X ARISON SILVA DE Paula**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**CERTIDÃO**

**Certidão nº 2017APH002122 Div. Op.**

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). ARISON SILVA DE PAULA, 29 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 6992066 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 096.547.874-23, residente à RUA AMORO LUIZ DE CARVALHO, nº , QUD 11 LOTE 04, MACAXEIRA, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 17/11/2017, por volta das 16:22 hs, no endereço: RUA DEZESSETE DE AGOSTO , S/N, APIPULCOS RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESI CINZA KLD9819-PE ; MIS UTILITARIO I/TOYOTA HILUX SWSRXA4FD BRANCA PCN3999-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(a) ARISON SILVA DE PAULA, inscrito sob o CPF nº 096.547.874-23 e Registro Geral nº 6992066, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 707294-5 VALQUIRIA. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO CAXANGÁ. Registrado(a) com o prontuário nº 413321. Ficou aos cuidados do médico AURIVAN B., registro 14013. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 10/01/2018

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site*

*<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2017APH002122*

**05.802.494/0001-43**  
**TRAÇÃO CORRETO, IA**  
**DE SEGURÓS LTDA**

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180 **16 MAR. 2013**

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

Rua da Aurora, Nº 175, Sl 902 Bl. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

# 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: 03/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ARISON SILVA DE PAULA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00049

CONTA: 00000238132-9

---

Nr. da Autenticação 85D9707CE1B61AF8



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

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-002  
CNPJ 10.535.532/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 9000943-03



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 118

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Orçamento: 0800 282 5589

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado

de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0187-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

ERICA ESTEVAO DE SANTANA  
PXA AO EDUCANDARIO SELVIA NUNES  
CPF: 073.054.864-78

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SAO GERALDO 276

LOTTO SAO PEDRO/CAMARAGIBE  
84733-770 CAMARAGIBE PE

Abaixo constam as tarifas gerais de fornecimento (Resolução ANEEL nº 14/2010), tarifas, prudências, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

DATA DE VENCIMENTO  
**03/10/2017**

TOTAL A PAGAR (R\$)  
**0,00**

## CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL**  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

**FCBF.DFD7.A9A9.B3FC.3DC5.E522.075E.47A5**

## DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	28,00	0,49856288	14,85
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,49
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,18
Multa por atraso-NF 0033245882 - 25/08/17			0,31
Juros por atraso-NF 002245882 - 25/08/17			0,01
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>15,97</b>

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIB		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00	0,00	0,00	0,64	0,00	0,00

Tarifa Aplicada	HISTÓRICO DO CONSUMO																									
	Consumo Ativo(kWh)	0.49856288	SET	17	AGO	17	JUL	17	JUN	17	ABR	17	MAR	17	FEV	17	JAN	17	DEZ	16	NOV	16	OUT	16	SET	16
Pagamento pelo mínimo da fatura - Custo da Disponibilidade, Artigo 58, Resolução ANEEL 414/2010.																										

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO SÉRIE	TIPO DA FURCA	ANTERIOR	ATUAL	Nº LIG.	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO
9000093120648343	CAT	20160017 2.400,00	20160017 2.400,00	32	1.000,00	0,00	1.000

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 27/08/2017

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Regras de leitura e remetente em vigor é a Amarela. Mais informações em [www.anaeel.gov.br](http://www.anaeel.gov.br). O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão da fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Resolução ANEEL, Juros 1% a.m.pt) Lei 10.438/02) e atualização monetária no prejuízo, mês fixo da ICMS conforme Art.8, XLVIII, n. 2, do RICMB-PE. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os prazos de atendimento comercial.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFETADO	META MENSAL	META TRIMESTRAL	META ANUAL
DIF-Antiga hora sem Energia	CAMARAGIBE	1,00	0,10	0,30	0,77
FIC-Antiga vezem sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
EMIC-Interrupção rotativa de		0,00	0,00	0,00	0,00
INTC-Interrupção de					
INTC-Interrupção em dia útil					
INTC-Média de Interrupção da Uso # RG: 7.42					
Total Consumo para validar a disponibilidade das instalações (RIO, PIB, DIF, FIC, e INTC) + consumo de horas					

ESTAMOS AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
004008543394	09/2017	0,00	03/10/2017

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

NÍVEIS DE TENSÃO	
TIPOLOGIA NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
NOMINAL	NÁXIMO
05.802794/0001-41	±3%

## TRAÇÃO SÓRTEIO TÉCNICA

LIGAÇÃO DE LIGADA

10 MAR 2017

Evite dobrar, perfurar ou rasurar,

Este carnê não pode ser lido em letra ótica.

Baixa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

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

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

### INFORMAÇÕES 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 Maria José Santos da Silva, inscrito (a) no CPF/CNPJ 830.621.904.100, na qualidade de Procurador (a) / Intermédio(a) do Beneficiário Artison Silva da Paula, inscrito (a) no CPF sob o Nº 096.547.874/23, do sinistro de DPVAT cobertura INVA-1DEZ, da Vítima Artison Silva da Paula, inscrito (a) no CPF sob o Nº 096.547.874/23, 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 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>R- São Geraldo</u>	Número <u>226</u>
Bairro <u>Lot. São Pedro</u>	Complemento <u>Casa</u>
Cidade <u>Campinas</u>	Estado <u>SP</u>
Email <u></u>	CEP <u>54753-770</u>
Local e Data <u>Recife 13 de março de 2018</u>	Telefone comercial (DDD) <u>081-988963391</u>
	Telefone celular (DDD) <u>05.802.494/0001-41</u>

TRACÃO CORRETOIA  
DE SEGUROS LTDA  
16 MAR. 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL E  
Bela Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFER

Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ADEMIR FERREIRA DE PAULA,

RG nº 1.646.531, data de expedição 12/02/13,

Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 215.095.144-49 com

domicílio na cidade de Recife, no Estado de

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

R- ALVARO LUIZ DE CARVALHO, nº 04,

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

Ademir Ferreira de Paula,

cujo o condutor era

Carlos Henrique da Paixão.

Veículo: MOTO

Modelo: 2010

Ano: 2010

Placa: KLD-9819

Chassi: 9C2KC1550AR431400

Data do Acidente: 17-11-2017

Local e Data: Recife 10/03/2018



Ademir Ferreira de Paula

Carlos Henrique da Paixão

Assinatura do Declarante

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



05.802.494/0001-  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

16 MAR. 2018

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RRMFF.DC

DOCUMENTO  
ORIGINAL

Data do Atendimento:	17/11/2017	Hora:	17:08:32	PRONTUÁRIO:	417321
No. Atendimento:	1094301	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA			Colaborador: MARCIOJMS
Setor / Serviço:	CONSULTORIO MEDICO				Localização: CAXANGÁ Sexo: M Data: 15/11/2017
Nome: ARISON SILVA DE PAULA					
Data de Nascimento:	07/06/1989	Idade:	28 Anos, 6 Meses e 5 Dias	C.I.: po	Arison
País ou responsáveis:					
Endereço.....:					
Cidade.....: RECIFE Tel.: 81 988816515					
Hora do Atendimento:		_____ / _____ Hs	Peso:	Kg	Temperatura:
QPD / HDA: <u>Trauma de ulna no pulso expunha</u> <u>ulna e traço e inserção tendão flexor</u>					
EXAME FÍSICO: <u>Exame (c) exame (e)</u> <u>Dor à palpação (+</u> <u>Dolores (+</u>					
DIAGNÓSTICO: <u>E) Fratura distal do radius</u> <u>expunha</u> <u>23 - B1.</u>					
CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO <u>rx. Sulco = 128 → Fratura o - tura u</u> <u>reforço</u> <u>trama de sulco</u>					
EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA: <u>Fratura o - tura u</u> <u>trama de sulco</u> <u>rx. Sulco = 128 → Fratura o - tura u</u> <u>reforço</u> <u>trama de sulco</u>					
Destino do Paciente: ( )Alta para casa ( )Ecaminhamento ao Ambulatório ( )Internamento ( )Transferência para outra Unidade ( )Óbito ( )Outro: _____					
05.802.494/0001-4 TRACÃO CORRETTA INTERSEGUROS LTDA					
Condição de Saúde do Paciente: ( )Melhorado ( )Inalterado ( )Piorado Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C Boa Vista - CEP: 50.060-010 RECIFE - PE					
Assinatura: <u>W. Alisson S. de Melo</u> Carimbo: <u>Ortopedia e Traumatologia</u> CRMPE: 74817					
Data: 16 MAR 2017					
Data: 17 NOV 2017					
Assinatura: <u>Cosme A. Sobral</u> CRMPE: 74817					

**UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA**

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 17/11/2017 17:03

Nome Paciente:	ARISSON SILVA DE PAULA SIC
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	
Sexo:	Masculino
Idade:	29
Senha:	OR0073
Convênio:	-
Atendimento:	SAME:



: 17/11/2017 17:05 - 17/11/2017 17:06

SUSYANNE KARINNE ORENGO BEZERRA FERNANDE - : 253197 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **URGENCIA**Cor:  AMARELO

Queixa Principal: VITIMA DE PACIENTE CHEGA COM BOMBEIRO OCORRENCIA 1128412 ACIDENTE DE MOTO REFERE DOR EM MSE. NAO FOI VERIFICADO SSVV

Observação: HAS -

DM -

ALERGIA -

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

Discriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

05.802.494/0001-4  
 TRAÇÃO CORRETIVA  
 DE SEGURANÇA

16 MAR. 2013

Rua da Autora, nº 175, Sl. 902 BL. C  
 Boa Vista - CEP: 50.060-010  
 BRASIL - DF

Acolhido(a) por: SUSYANNE KARINNE ORENGO BEZERRA FERNANDE - : 253197 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 17/11/2017 17:06

Sant: Casa de Recife

## Relatório Médico de Alta

Nome: ARISON SILVA DE PAULA

Reg.: 544939 Pront.: 1113151

Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 07/06/1989

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 28

Admissão: 09/02/2018 08:07

Alta: 10/02/2018 10:23

Santa Casa de Misericórdia de Recife  
Av. da Glória, 551 - Recife - PE - CEP 50.000-000  
Fone: (81) 3222-8000 | Fax: (81) 3222-8001 | E-mail: [recife@santacasa.org.br](mailto:recife@santacasa.org.br)

Admissão:

RETRADA FIXADOR EXTERNO EM RÁDIO DISTAL ESQUERDO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal Z47.0 SEGUIMENTO ENVOLVENDO REMOÇÃO DE PLACA DE FRATURA E OUTROS DISPOSITIVOS DE FIXAÇÃO  
INTERNA

Internação:

Unidade:	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	09/02/2018 08:07	10/02/2018 10:23	1 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Drº HENRIQUE BARBOSA para 21 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo;

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA  
CRM: 10531

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15 MAR. 2018

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 Bl. E  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
Recife - PE

## Relatório Médico de Alta

Nome: ARISON SILVA DE PAULA

Reg.: 541939

Pront.: 1113151

Sexo: Masculino

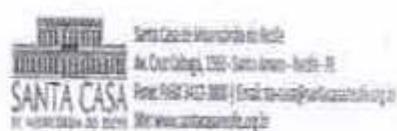
Dt. Nasc.: 07/06/1989

Idade: 28

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Admissão: 18/11/2017 12:21

Alta: 21/11/2017 08:55



Admissão:

FRATURA 1/3 DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

CÓDIGO: S52.5 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	18/11/2017 12:21	21/11/2017 08:55	3 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Drº HENRIQUE BARBOSA para 21 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo;

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO  
CRM: 6218

05.802-494/0001-43  
TRACÃO CORRETIVA  
DE SEGUROS LTDA

16 MAR. 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
BEC/SE-PE

ESTADO DE PERNAMBUCO  
Instituição de Segurança Social

REGISTRO MENSAL DE TRABALHO NACIONAL	C - VIEGO
DATA E EMISSÃO	05/02/2013
NOME	<b>6.992.066</b>
CPF	<< AELSON SILVA DE PAULA >>
ENDERECO	<< ACENIR FERREIRA DE PAULA >> << MARIA DAS DORES DA SILVA >>
CEP	50.547.874-25
RECIFE - PE	07/06/1989
TELÉFONE	<< CN 96007 L.814 F.270 CART CASA APARECIDA, RECIFE - PE 14.06.1989 >>
DATA DO NASCIMENTO	04/06/1989
DATA DA EMISSÃO	05/02/2013
DATA DE EXPIRAÇÃO	04/06/2013



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

16 MAR. 2013

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE - PE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
4.364.868	29/01/2013
<< MARIA JOSÉ SANTOS DA SILVA >>	
<< JOSÉ MANOEL DA SILVA >>	
<< IRACEMA BELARMINO DOS SANTOS >>	
RECIFE - PE	26/08/1972
<< CN.12775 L.15A F.299V CART. 78	
DISTRITO RECIFE PE 22.07.2006 >>	
830.621.904-00	

05.802.494/0001-4  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUIMENTOS LTDA

16 MAR. 2013

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BLC  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE - PE

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS**

DETTRAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
Nº 013726072240  
Data: 2017  
Código: 3222795229

DEPARTAMENTO  
ESTADUAL DE TRÂNSITO

ADEMIR FERREIRA DE PAULA

RECIFE - PE  
Placa: 215-025-194-450

VALOR DA PLACA: R\$ 30.981,00

RECIFE - PE  
Placa: 952FP1580AHU11400

GRANDEZA  
ANO FABRICANTE: 2010

HONDA/CB 250  
CATEGORIA: C

DATA DO DOCUMENTO: 2010/09/01

PRÉMIO TARIÁRIO  
VALOR DO DOCUMENTO: R\$ 2.160,00

VALOR DO DOCUMENTO: R\$ 13.140,00

CHARLES ANDREWS SOUSA Ribeiro  
Diretor Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 013726072240 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ADEMIR FERREIRA DE PAULA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

0	VALIDADE: 16/11/17

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ: 00.246.880/0001-04

DESPACHO E GUARDE O BILHETE DPVAT.  
ELA NÃO É DE PÔRTA OBRIEGATÓRIO.



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

16 MAR. 2013

Rua da Aurora, Nº 175, S/ 902 BL C

Bon Vista - CEP: 50.060-010

REFLETIVE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180140319      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ARISON SILVA DE PAULA      **Data do acidente:** 17/11/2017      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/04/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

## 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

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "JORGE ALBERTO C de SOUZA".

PROCURAÇÃO

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

## **OUTORGANTE:**

Nome: ABRISON SILVA DE PAULA  
brasileiro (a), estado \_\_\_\_\_.  
civil: SOLTEIRO, profissão: Porteiro  
RG: 6.992.066, CPF/MF Nº 096.547.874-23  
Com endereço residencial a R. ANTONIO LUIZ DE CARVALHO n.  
QD: 11 Lote 84 - BAIRRO MIGUEL CATHERINA - REGISTRO  
PF

**Outorgado:**

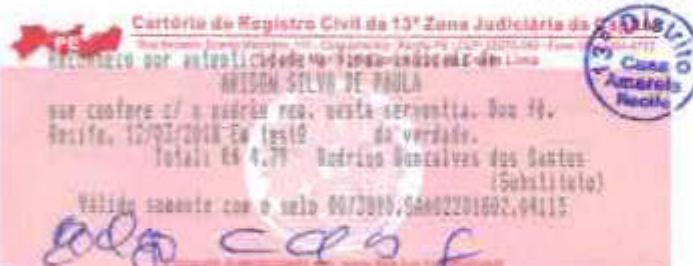
Name: MARIA JOSE' SANTOS RA S,2V9  
RG: 4364868 - SDS PR: CPF: 830.621.904-00  
R: SAO GERALDO n=276 - CEP: 54753-770  
CIDADE: Quedas do Iguaçu - PR - Lot: SAO PEDRO  
PODERES:

Amplos poderes para praticar os atos administrativos do seguro Obrigatório – DPVAT.

Belle , 12 , Shasta de 2018 .

Aman Sihra de Paula

## OUTORGANTE



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETIVA  
PREFEITURA DE ITAB

16 MAR 2013

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. C  
Boa Vista - CEP- 50.060-010

**DOCUMENTO  
ORIGINAL**

---

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ARISON SILVA DE PAULA**  
  
Nº Sinistro: **3180140319**  
Vitima: **ARISON SILVA DE PAULA**  
Data do Acidente: **17/11/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **MARIA JOSE SANTOS DA SILVA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180140319**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

---

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ARISON SILVA DE PAULA**  
Nº Sinistro: **3180140319**  
Vitima: **ARISON SILVA DE PAULA**  
Data do Acidente: **17/11/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **MARIA JOSE SANTOS DA SILVA**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180140319**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

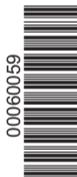
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ARISON SILVA DE PAULA**  
  
Sinistro: **3180140319**  
Vítima: **ARISON SILVA DE PAULA**  
Data do Acidente: **17/11/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **MARIA JOSE SANTOS DA SILVA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180140319** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2018

Carta n°: 12775056

A/C: ARISON SILVA DE PAULA

Nº Sinistro: 3180140319  
Vitima: ARISON SILVA DE PAULA  
Data do Acidente: 17/11/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ARISON SILVA DE PAULA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000049

Conta: 00000238132-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180140319**

Nome do(a) Examinado(a): **ARISON SILVA DE PAULA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA AMARO LUÍS DE CARVALHO nº 04 - MACAXEIRA - RECIFE/PE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 6992066 - SSP**

Data e local do acidente: **17/11/2017 RECIFE/PE**

Data e local do exame: **27/04/2018 RECIFE/PE**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO**

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**NO DIA 21/11/2017 FOI SUBMETIDO A FIXAÇÃO EXTERNA DE FRATURA E OSTEOSÍNTESE COM FIOS METÁLICOS. NO DIA 09/02/2018, RETIROU FIXADOR EXTERNO E FIOS METÁLICOS. NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA. NÃO MAIS VOLTOU AO MÉDICO APÓS ALTA HOSPITALAR NO DIA 10/02/2018 E NÃO TEM RETORNO AGENDADO.**

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

**EDEMA DE PUNHO COM BLOQUEIO ACENTUADO DE FLEXO EXTENSÃO**

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM       NÃO

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

SIM       NÃO

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

**DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE PUNHO ESQUERDO. FORÇA DE PREENSÃO PALMAR PRESERVADA.**

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(\*)).

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

*Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica*

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **PUNHO ESQUERDO**

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -**

**Médico Perito: FABIO SELERI FERNANDES CRM:52.63021-7/RJ**

*Fábio S. Fernandes  
Medicina Interna  
CRM 52.63021-7*  
*[Handwritten signature]*

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180140319      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ARISON SILVA DE PAULA      **Data do acidente:** 17/11/2017      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE PUNHO ESQUERDO. FORÇA DE PREENSÃO PALMAR PRESERVADA.

**Resultados terapêuticos:** NO DIA 21/11/2017 FOI SUBMETIDO A FIXAÇÃO EXTERNA DE FRATURA E OSTEOSÍNTESE COM FIOS METÁLICOS. NO DIA 09/02/2018, RETIROU FIXADOR EXTERNO E FIOS METÁLICOS. NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA. NÃO MAIS VOLTOU AO MÉDICO APÓS ALTA HOSPITALAR NO DIA 10/02/2018 E NÃO TEM RETORNO AGENDADO. EDEMA DE PUNHO COM BLOQUEIO ACENTUADO DE FLEXO EXTENSÃO

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 27/04/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

**Médico examinador:** FABIO SELERI FERNANDES

**CRM do médico:** 52.63021-7

**UF do CRM do médico:** RJ

## 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 punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		<b>Total</b>	<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARIA DE FATIMA FURTADO MELO

**CRM do médico:** 52.49515-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**