

AV BERNARDO VIEIRA DE MELO 1551
AP-01

FIEDADE/PRAZERES:
JABOTÃO DOS GUARARAPES PE
54410-010

B3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

SPRINTAFISCAL	SENA	400000
070001347	ONCA	2300 A.10
APRESENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
230000018	2015030230	104/2010

CÓDIGO CONTRATO	RESERVA
7025325828	09/2019
CÓDIGO DE VERIFICACIÓN	UNIDAD DE VERIFICACIÓN
30/09/2019	24/10/2019
TOTAL A PAGAR DEL	215.30

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alvo(KWh)	711,000000	0,77952320	554,47
Aréa:cm² Bandeira-VERMELHA			11,87
Contrib. Rum. Pública Municipal			37,81
ICMS Sub-venção COE-Nº 07092826-24/0719			1,25

215.90

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
20160019	(A)	23-06-2019	9 261,00	23-09-2019	9 174,00	30	1.00000		211,00

[illegible][illegible]

Adi Terekeci, 34 años de edad, es un ingeniero de sistemas de información en la Universidad de Ankara, Turquía. Él es el autor de la obra de arte "The Fabric of Time" (2017), una obra de arte digital que explora la relación entre el tiempo y la textura. La obra se compone de una serie de imágenes de texturas de diferentes materiales, que se muestran en una secuencia de tiempo. Las texturas van desde la seda hasta el algodón, pasando por el cuero y el metal. La obra es una exploración de la forma y la estructura, y de cómo el tiempo afecta a la percepción de la textura.

DURAÇÃO DE EXERCÍCIO DE ATIVIDADES FÍSICAS					NÍVEL DE TENSÃO		
EXERCÍCIO	TEMPO APLICADO POR DIA	TEMPO DIÁRIO		TEMPO TOTAL	TENSÃO NORMAL (1)	LIMITE DE TENSÃO em dióxido de carbono	
		antes	depois			dióxido	oxigênio
QMC	0,05	0,50	0,50	10,00	200	200	220
MC	0,05	0,10	0,10	10,00			
DMC	0,05	0,10	0,05	0,05			

1. Limite CO₂ = 12,0
 2. Limite de oxigênio = 10,0
 3. Limite de dióxido de carbono = 20,0
 4. Limite de oxigênio = 20,0

CONTA CONTRATO	ASSINADO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7026325626	09/2019	30/09/2019	215,30
83820000002-9 15300011007-5 02532562610-9 14270268423-8			



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Renato César M. Cavalcanti inscrito (a) no CPF 039.232.004 / 55 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Tuciana Neide Reis da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 089.876.324 / 07 do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima Tuciana Neide Reis da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 089.876.324 / 07 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		Número	Complemento
<u>Av. Bernardo Vieira de Melo</u>		<u>1551</u>	<u>lata a - Térreo</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Piedade</u>	<u>Jaracatã dos Grammares</u>	<u>PE</u>	<u>54410-010</u>
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>renatomalheira@outlook.com</u>			<u>(81) 99543-4554</u>

Recife / 01 de junho de 2019
Local e Data

Renato César M. Cavalcanti
Assinatura do Declarante

Tempo da Doença *	Acesso à UPA *	Nível de Consciência *	Vulnerabilidade Social*
Horas	Samu	Vigil / Alerta	Ausente
Queixa Principal / História:			
<p>Paciente vítima de acidente automobilístico há aproximadamente 1 hora (paciente estava no banco de carona de uma motocicleta, usando capacete) referindo dor abdominal em HCD e em HTE, e MID.</p> <p>Paciente nega TCE, Síncope, hipotensão ou vômitos.</p> <p>A: Via aérea pervia, presença de colar cervical e prancha rígida.</p> <p>B: MV + em AHT sem RA - expansibilidade simétrica e sem crepitações ou enfisema à palpação</p> <p>C: Pulsos simétricos e cheios</p> <p>D: ECG 04 + 05 + 06: 15</p> <p>E: Escoriações em MMSS e MMII</p>			
ANTECEDENTES:			
<p>Ao exame abdominal paciente apresenta dor em HCD, sem sinais de irritação peritoneal RHA +</p> <p>Infeção Orofaringe: <input type="checkbox"/> Alergia: <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus: <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial: <input type="checkbox"/> Doença Pulmonar: <input type="checkbox"/></p> <p>Doença Cardiovascular: <input type="checkbox"/> Nefropatia: <input type="checkbox"/> Tabagismo: <input type="checkbox"/> Dislipidemia: <input type="checkbox"/> Alcoolista: <input type="checkbox"/> Medicamento: <input type="checkbox"/></p>			
Observações:			
EXAME FÍSICO			
EG Bom	Hidratado	Anictérico	Sem Edemas
Nutrido	Eupnéico	Afebril	Corado
Observações:			
Avaliação Cardio Vascular			
<input type="radio"/> Não Examinado: <input checked="" type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterada:			
Observações:			
Avaliação do Aparelho Respiratório			
<input checked="" type="radio"/> Não Examinado: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterada:			
Observações:			
Avaliação Neurológica			
<input type="radio"/> Não Examinado: <input checked="" type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterada:			
Observações:			
Avaliação Aparelho Digestivo			
<input type="radio"/> Não Examinado: <input type="radio"/> Normal <input checked="" type="radio"/> Alterada:			
Observações:			
SUPRACITADA			
Avaliação Aparelho Locomotor			
<input type="radio"/> Não Examinado: <input type="radio"/> Normal <input checked="" type="radio"/> Alterada:			
Observações:			
SUPRACITADA			
Avaliação de outros Aparelhos ou Sistemas			
SGU: <input checked="" type="radio"/> Não Examinado: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterada:			
ORL: <input checked="" type="radio"/> Não Examinado: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterada:			
Pele: <input checked="" type="radio"/> Não Examinado: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterada:			

Aferições: PAS PAD FR FC P (KG) TEMP SATO2 HGT

18

36

Médico Responsável: **ALEXANDRE PEREIRA DE**
SAVIO ELIAS SOUZA FILHO
Dr. Marcello S. J.
C.R.M. 15.000 - R.C.M. 15.000

Crepepe: 23886

FUNÇÃO: MEDICO(A)

[illegible]

Prescrição.: 1543876 Data: 12/07/2018 21:46

Usuário.: ALEXANDREPSF

Atendimento: 1109138 Dt Nasc: 11/11/1989 (28a 10m 2d)

Convênio.: SUS - AMBULATORIO

Paciente.: 395825 - TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

Peso.: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 12/07/2018 21:35 0 Dias(s) Int

Médico.: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA Serviço: CLINICA GERAL

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: M796 DOR EM MEMBRO Ciclo.: /

Diagnóstico:

Protocolo.:

Classificação de Risco:URG

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.: ALEXANDRE PEREIRA DE SOUZA FILHO - CRM - null - 23886

FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRICAO MEDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 CLORETO DE SODIO SOL.INJ. 0,9%-500ML(FRESENIUS/BAXTER/BBRUM)	1	FA C/500ML		IV	Agora	[12/07] 21:46
-> CATETER INTRAVENOSO N. 20	1	UN				
2 DIFIRONA SODICA SOL.INJ. 1G - 2ML	2	AMP		IV	Agora	[12/07] 21:46
-> ESCALPE N. 21	1	UN				
-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				
-> AGUA BIDEUTILADA SOL.INJ. 10ML	1	AMP				
-> SERINGA DESCARTAVEL 10 CC S/ AGULHA	1	UN				

UPAS
ST. IMBIRIBEIRA
A VERIFICAÇÃO DESSA CÓPIA DO PRONTUÁRIO
ELETÔNICO
Dr. Marcello S. J. Filho
CRM - null - 23886

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: TICYANA NEIDE REIS DA SILVA
Data de Nascimento: 11/11/1989 Data Atendimento: 12/07/2018
Prontuário: 0000395825 Cód. Atendimento: 01109138
Nome do Hospital: HGV
Senha: 5467857
Transporte: ☒ Ambulância Básica ☐ Ambulância Avançada ☐ Próprio
☐ Acompanhamento Médico
Observação: FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO ESQ + LESÃO PARCIAL DO TENDÃO PATELAR ESQ.

Recife, 12 de Julho de 2018

Médico: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS
CRM: 21129

IPAS
IMBIRIBEIRA
ATESTO A VERACIDADE DESSA CÓPIA DO PRONTUÁRIO
MÚLTIPLO ELETROÔNICO
Dr. Marcello Sal
CRM: 21129

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 13/07/2018 07:27:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

RG:

PESO:

IDADE: 28 Anos

SEXO: FEMININO

ALTURA:

Data de Nascimento: 11/11/1989

PRESTADOR ASSISTENTE: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA

DATA DE ATENDIMENTO: 12/07/2018 21:35:52

ATENDIMENTO: 1109138

TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: M796 - DOR EM MEMBRO

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: M796 - DOR EM MEMBRO

DIAGNÓSTICO DE ALTA: M796 - DOR EM MEMBRO

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS CONSULTA

PROCEDIMENTO DE ALTA:

IPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
RATIFICADO A VERACIDADE DESTA CÓPIA DO PRONTUÁRIO
MÚLTIPLO ELETRÔNICO
Dr. Marcello Silveira
Cred. A. Gefe - Médico CRP nº 12.220

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Paciente: TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

Prontuário: 01091128

Data de Nascimento: 11/11/1989

Idade: 28a 9m 4d

Sexo: FEMININO

RELATÓRIO MÉDICO

O Paciente Supra-citado, foi atendido nesta data, com diagnóstico de:

CID 10 : M22.8 OUTROS TRANSTORNOS DA ROTULA

Feito o Exame de RADIOGRAFIAS

Observação:

PACIENTE COM LESÃO PARCIAL DO TENDÃO PATELAR COM MENOS DE 20% DE ACOMETIMENTO, SUBMETIDA A REPARO CIRURGICO A CERCA DE 20 DIAS, APRESENTANDO FO LIMPA, CICATRIZADA, ADM COMPLET, SEM SINASI INFECCIOSOS, SEM DEFICIT DE EXTENSÃO.

CD : SOLICITO FISIOTERAPIA PARA REABILITAÇÃO FUNCIONAL

Recife, 16 DE AGOSTO DE 2018

HYGINO JOSE PINTO MARINHO - CRM: N°.14859

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
 CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO
 IDENTIDADE DE ADVOGADO

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

RENATO
ELINASSO JOAQUIM CAVALCANTI
AUREA MALHEIROS CAVALCANTI

RECIFE-PE

0102808 - SSP/PE
004208 DE BRIGADE 1 101000
NÃO

DATA DE NATURALIZAÇÃO
20/11/1981

030 232 004-55
01 13/04/2012

BRUNO DE MOURA
PRESIDENTE

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 10324578

USO OBRIGATORIO
RENTAR E CANCELAR PARA TODOS OS FINS LEGAIS
ART. 11 DA Lei nº 8.369/94

RENATO CESAR M. CAVALCANTI

RECIFE-PE

0102808 - SSP/PE
004208 DE BRIGADE 1 101000
NÃO

DATA DE NATURALIZAÇÃO
20/11/1981

030 232 004-55
01 13/04/2012

BRUNO DE MOURA
PRESIDENTE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0450185/19

Vítima: TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

CPF: 089.876.324-07

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 12/07/2018

Titular do CPF: TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

TICYANA NEIDE REIS DA SILVA : 089.876.324-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/12/2019
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Marta Marinho dos Santos

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: TICYANA NEIDE REIS DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: SOLTEIRA
Identidade: 8.328.587 SDS - PE
CPF: 089.876.324-07
Profissão: DESEMPREGADA
Endereço: RUA VIGTE E TRÊS, N° 234, ZUMBI DO PACHECO, JABOATÃO
CEP: 54230-092 DOS GUARARAPES - PE
Telefone: (81) 99543-4554

OUTORGADO:

Nome: RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 6162609 SSP - PE
CPF: 039.232.004-55
Profissão: ADVOGADO
Endereço: AV. BERNARDO VIEIRA DE MELO, N° 1551, SALA 01, PIGNATE
CEP: 54410-010 // JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE
Telefone: (81) 99543-4554

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

2º OFÍCIO

RECIFE, 24 DE ABRIL DE 2019.

Local e data

TICYANA NEIDE REIS DA SILVA.

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

2ª SERVENTIA NOTARIAL
DE JABOATÃO DOS GUARARAPES

2º TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS
Av. Brasil, 1500, 15º Andar, 1500 - Jaboatão dos Guararapes - PE - Fone: (81) 3094-1000
Título: GRAZIELLA GUERRA BACILETE

Reconheço como autêntica(s) a(s) firma(s) de: TICYANA NEIDE REIS DA SILVA.
Jaboatão dos Guararapes, 24/04/2019 10:38:48. Em test. da Verdade.



Selo(s): 0074914.DRV04201901.02371.

HELANE MARIA DE ARAUJO LIMA - Escrevente
Emol: R\$ 3,99 TQNR R\$ 0,80 Total R\$ 4,79

Consulte a autenticidade do selo em: www.tpo.jus.br/weio/gta/



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0450185/19

Vítima: TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

CPF: 089.876.324-07

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 12/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

TICYANA NEIDE REIS DA SILVA : 089.876.324-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/12/2019
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Marta Marinho dos Santos

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190698168 **Vítima: TICYANA NEIDE REIS DA SILVA**

Data do Acidente: 12/07/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

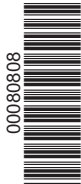
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial que registrou inicialmente o acidente, em cópia simples, pois somente foi entregue o registro policial complementar.
------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190698168

Vítima: TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

Data do Acidente: 12/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

089.876.324-07

Nome completo da vítima:

Tacyana Neide Reis da Silva

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

Nome completo:

Tacyana Neide Reis da Silva

Profissão:

Desempregada

Endereço:

Rua Vinte e Três

Bairro:

Fazenda do Pacheco

Cidade:

Jacinto dos Guimarães

Estado:

PE

CPF:

089.876.324-07

Número:

234

Complemento:

CEP:

54.230-092

Tel (DDD):

81199543-4554

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

RENDAS MENSAL:

☐ RECLUSO 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:

1245

9

CONTA:

73.094

5

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grav 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.

Local e Data:

Recife, 24 de abril de 2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Tacyana Neide Reis da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 007ª CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VIAGEM - DP7ª CIRC. DIM/S DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0097016445**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/11/2019** às **11:09**

Complementa o BO Número: **18E0097014002**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **12/7/2018** às **19:30**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE IBURA (BAIRRO), 1, AV DOIS RIOS CRUZAMENTO COM A RUA RIO XINGU - IBURA DE BAIXO - Bairro: IBURA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

EDSON TAXISTA (AUTOR / AGENTE)
IZAIS CANDIDO DA SILVA (OUTRO)
TICIANA NEIDE REIS DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **IZAIS CANDIDO DA SILVA**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **EDSON TAXISTA**

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

TICIANA NEIDE REIS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: NAILDA LAGO REIS Pai: MAURICIO RIBEIRO DA SILVA Data de Nascimento: 11/11/1989 Naturalidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8328587/SDS/PE (RG) 08987632407 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3º. GRAU INCOMPLETO Profissão: COBRADOR Telefones Celulares: 81983235071

Endereço Residencial: **BAIRRO DE IBURA (BAIRRO), 234, RUA VINTE E TRÊS - IBURA - CEP: 55000-000 - Bairro: IBURA RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

EDSON TAXISTA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

IZAIS CANDIDO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VOYAGE TP 4484 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDSON TAXISTA** que estava em posse do(a) Sr(a): **EDSON TAXISTA**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL VW VOYAGE** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **VOYAGE TP 4484**

MOTO CG PLACA KJF-9130 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **IZAIS CANDIDO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **IZAIS CANDIDO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA CG** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJF9130 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Designação: **MOTO CG PLACA KJF-9130**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA, QUE, NO ULTIMO DIA 12/07/2018, POR VOLTA DAS 07:30H, QUANDO TRANSITAVA NA GARUPA DA MOTO IDENTIFICADA NESTE BOLETIM DE OCORRENCIA, NO CRUZAMENTO DA AV DOIS RIOS COM A RUA RIO XINGU, FOI VITIMA DE ATROPELAMENTO ENTRE A MOTO E O TAXI, SENDO SOCORRIDA PELA VIATURA DO SAMU, A UPA DA IMBIRIBEIRA, LESÃO PARCIAL DO JOELHO ESQUERDO, COM LESAO PARCIAL DO TENDÃO PATELAR, PASSANDO 15 (QUINZE DIAS) INTERNADA NO HOSPITAL, GETULIO VARGAS, SENDO ATENDIDA PELO MEDICO HYGINO JOSÉ PINTO MARINHO CRM - N° 14859. CASO AFETO A DELEGACIA DO JORDÃO. A VITIMA, EM 29/11/2019, COMPARECEU A DELEGACIA DE POLÍCIA DE BOA VIAGEM PARA CORRIGIR A DATA E HORARIO DO ACIDENTE DE TRÂNSITO, INCLUSIVE MOSTROU A FICHA DE ATENDIMENTO MEDICO, NA UPA DA IMBIRIBEIRA. ATENDIMENTO 01109138.

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

IZAIS CANDIDO DA SILVA

TICIANA NEIDE REIS DA SILVA
(VITIMA)

Ticiana Neide Reis da Silva
B.O. registrado por: **GUSTAVO ADOLFO DE AGUIAR TEIXEIRA** - Matrícula: **3506177**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAME (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

089.876.324-07

Nome completo da vítima:

Tacyana Neide Reis da Silva

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

Nome completo:

Tacyana Neide Reis da Silva

Profissão:

Desempregada

Endereço:

Rua Vinte e Três

Bairro:

Fazenda do Pacheco

Cidade:

Jaboatão dos Guararapes

Estado:

PE

CPF:

089.876.324-07

Número:

234

Complemento:

CEP:

54230-092

Tel (DDD):

81199543-4554

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

RENDAS MENSAL:

☐ RECLUSO 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:

1245

9

CONTA:

73.094

5

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Assinatura

CPF

Assinatura

Assinatura

Local e Data: Recife, 24 de abril de 2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Tacyana Neide Reis da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º 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.



CTC RECIFE PE PL3
TICYANA NEIDE REIS DA SILVA
R VINTE E TRES 234 .
ZUMBI DO PACHECO
54230-092 JABOATAO DOS GUARARA - PE

DATA DE POSTAGEM: 05/02/2018