

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 011669460171
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1036014557 ***** 2014

JOAO JOSE DE FONTES

BUENOS AIRES-PE

909.167.034-66

PCN6641

9C2KD0810PR400532

ESPECÍFICO

COMBUSTÍVEL

PAR MOTOCICLETA

ALCO/GASOL

MARCA/MODELO

ANOS

ANOS

HONDA/NXR160 BROS ESDD

2014

2015

CAP/PTA

CATEGORIA

ESTRUTURA

22/168CL

PARTIC

VERMELHA

COTA ÚNICA

VENG. COTA ÚNICA

VENG. COTA ÚNICA

1 P TEVA 2014 QUITADO

V PARATIVA

PARCELAMENTO

A

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IDF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

ALL FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

BUENOS AIRES-PE

21/01/15

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Detran/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA FERRESTE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

PE Nº 011669460171 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOAO JOSE DE FONTES

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

WWW.SEGURADORA.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

BUENOS AIRES-PE

2014

21/01/15

VIA

CPF / CNPJ

PLACA

1

909.167.034-66

PCN6641

RENDA

MARCA/MODELO

1036014557

HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANOS

CATEGORIA

ESTRUTURA

2014

09

9C2KD0810PR400532

PREMIO TARIFARIO

PREMIO (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IDF (R\$)

COTA AGUARDADA (R\$)

COTA ÚNICA

ENCARGOS

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.248.008/0001-04

WWW.SEGURADORA.COM.BR

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

QUE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180371240 **Cidade:** Buenos Aires **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIMAR FELIPE DA SILVA **Data do acidente:** 30/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FRATURA DE SÍNFISE MANDIBULAR ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: ENCAMINHO PARA PERÍCIA MÉDICA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO DAS SEQUELAS DEFINITIVAS QUE TENHAM PERSISTIDO APÓS O TÉRMINO DO TRATAMENTO.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180371240 **Cidade:** Buenos Aires **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIMAR FELIPE DA SILVA **Data do acidente:** 30/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FRATURA DE SÍNFISE MANDIBULAR ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: FOI SOLICITADO RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO DESCREVENDO DIAGNÓSTICO, EVOLUÇÃO CLÍNICA, TRATAMENTO REALIZADO E OU EM CURSO, LAUDO DE EXAMES DE IMAGEM, EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA E SUMÁRIO DE ALTA, POREM NÃO FOI ACOSTADO NENHUM DOCUMENTO MEDICO COM TAIS CARACTERÍSTICAS. E, SEGUNDO A DOCUMENTAÇÃO MÉDICA DISPONÍVEL, NÃO HÁ LESÕES E/OU SEQUELAS QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180371240 **Cidade:** Buenos Aires **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIMAR FELIPE DA SILVA **Data do acidente:** 30/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO
FRATURA DE SÍNFISE MANDIBULAR ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, LAUDO DE EXAMES DE IMAGEM DA LESÃO E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO MÉDICO, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA DE REALIZAÇÃO. EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180371240 **Cidade:** Buenos Aires **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIMAR FELIPE DA SILVA **Data do acidente:** 30/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO FACIAL COM FRATURA DA SÍNFISE MANDIBULAR À ESQUERDA, FRATURA DA REGIÃO DO MENTO E FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA REFERE ALTERAÇÕES AUDITIVAS EM OUVIDO ESQUERDO, AFIRMA PERDA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS EM ARCADA DENTAL INFERIOR ESQUERDA. REFERE USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DA DOR FACIAL. AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA AUMENTO DE VOLUME (2+/4+) EM HEMIFACE ESQUERDA, DIMINUIÇÃO DA ABERTURA DA CAVIDADE BUCAL EM 2 CM E DESVIO DA COMISSURA LABIAL PARA ESQUERDA. QUEIXA DE DOR DURANTE A PALPAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR ESQUERDA, AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO ORBITAL ESQUERDA E REGIÃO ZIGOMÁTICA DE MODERADA INTENSIDADE.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE FIXAÇÃO DAS FRATURAS COM USO DE PLACAS E PARAFUSOS DE MINI FRAGMENTOS. RECEBEU ALTA APÓS 3 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes: Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/10/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00

PRESTADOR

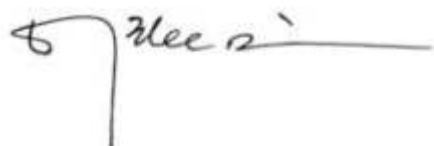
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180371240 **Cidade:** Buenos Aires **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIMAR FELIPE DA SILVA **Data do acidente:** 30/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO FACIAL COM FRATURA DA SÍNFISE MANDIBULAR À ESQUERDA, FRATURA DA REGIÃO DO MENTO E FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA REFERE ALTERAÇÕES AUDITIVAS EM OUVIDO ESQUERDO, AFIRMA PERDA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS EM ARCADA DENTAL INFERIOR ESQUERDA. REFERE USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DA DOR FACIAL. AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA AUMENTO DE VOLUME (2+/4+) EM HEMIFACE ESQUERDA, DIMINUIÇÃO DA ABERTURA DA CAVIDADE BUCAL EM 2 CM E DESVIO DA COMISSURA LABIAL PARA ESQUERDA. QUEIXA DE DOR DURANTE A PALPAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR ESQUERDA, AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO ORBITAL ESQUERDA E REGIÃO ZIGOMÁTICA DE MODERADA INTENSIDADE.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE FIXAÇÃO DAS FRATURAS COM USO DE PLACAS E PARAFUSOS DE MINI FRAGMENTOS. RECEBEU ALTA APÓS 3 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes: Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/10/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00

PRESTADOR

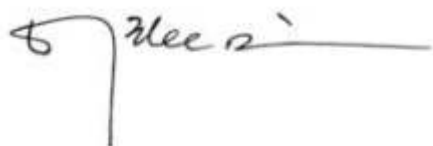
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

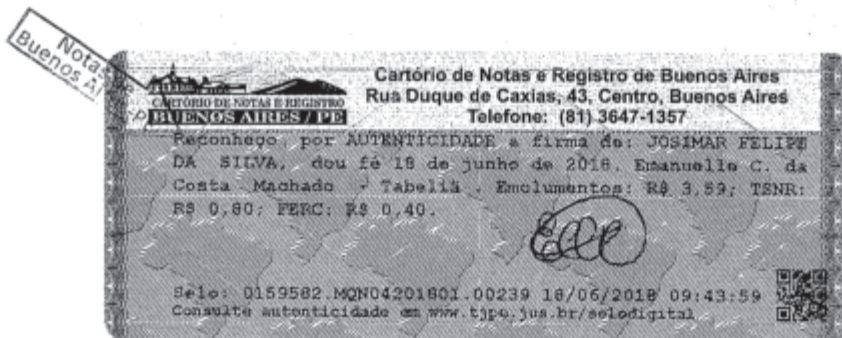
OUTORGANTE: JOSIMAR FELIPE DA SILVA, Portador do documento de identidade nº 6.975.077, expedido por SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 057.410.674-09, residente na Rua Treze nº 06, bairro Vila São Luiz, Buenos Aires/PE.

OUTORGADO: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 7.788.638 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 086.005.684-80, residente na Rua Jose Emiliano, nº 1A, centro, Buenos Aires/PE.

PODERES: Poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar, requerer, cancelar e dar entrada junto a Seguradora conveniada a Seguradora Líder, a fim de indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas – Hospitalares. Como também qualquer documento que julgue necessário aos interesses do OUTORGANTE ou de seus dependentes em Hospitais. Podendo também assinar FORMULARIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Local e Data: B. Aires / 18 de junho de 2018.

Outorgante: Josimar Felipe da Silva



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.

Número do Sinistro: **3180371240**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSIMAR FELIPE DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R TREZE, 06 - SAO LUIZ - Buenos Aires - PE - CEP 55845-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **6975077**

Data e local do acidente: [**30/12/2017**] **BUENO AIRES PE**

Data e local do exame: [**01/10/2018**] **Goiana** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMA CRÂNIO FACIAL COM FRATURA DA SÍNFISE MANDIBULAR À ESQUERDA, FRATURA DA REGIÃO DO MENTO E FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.

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

VÍTIMA REFERE ALTERAÇÕES AUDITIVAS EM OUVIDO ESQUERDO, AFIRMA PERDA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS EM ARCADA DENTAL INFERIOR ESQUERDA. REFERE USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DA DOR FACIAL. AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA AUMENTO DE VOLUME (2+/4+) EM HEMIFACE ESQUERDA, DIMINUIÇÃO DA ABERTURA DA CAVIDADE BUCAL EM 2 CM E DESVIO DA COMISSURA LABIAL PARA ESQUERDA. QUEIXA DE DOR DURANTE A PALPAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR ESQUERDA, AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO ORBITAL ESQUERDA E REGIÃO ZIGOMÁTICA DE MODERADA INTENSIDADE.

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

[**X**] Sim [] Não

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

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE FIXAÇÃO DAS FRATURAS COM USO DE PLACAS E PARAFUSOS DE MINI FRAGMENTOS. RECEBEU ALTA APÓS 3 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Dano cranio facial

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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Estruturas cranio faciais

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8085 - CRO-PB 24411
TÉCNICO 14830



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB

Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JOSIMAR FELIPE DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180371240**

Vitima: **JOSIMAR FELIPE DA SILVA**

Data do Acidente: **30/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180371240**.

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

Carta nº 13237439



Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOSIMAR FELIPE DA SILVA
Nº Sinistro: 3180371240
Vitima: JOSIMAR FELIPE DA SILVA
Data do Acidente: 30/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180371240**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, 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** 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, 06 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSIMAR FELIPE DA SILVA
Nº Sinistro: 3180371240
Vitima: JOSIMAR FELIPE DA SILVA
Data do Acidente: 30/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180371240**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, 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** 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, 25 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSIMAR FELIPE DA SILVA**

Sinistro: **3180371240**
Vítima: **JOSIMAR FELIPE DA SILVA**
Data do Acidente: **30/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI**

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180371240** 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.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

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 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 do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

053.410.694-09

Nome completo da vítima

Joimar Felipe da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Joimar Felipe da Silva		CPF titular da conta 053.410.694-09	Profissão
Endereço Rua Treze		Número 06	Complemento
Bairro São Luiz	Cidade Bom Jesus	Estado PE	CEP 55845-000
Email			Telefone (DDD) 81/9-9543-3413

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

PAGAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ 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)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

13 AGO 2018

NRO

Seguradora S

Av. Rui Barbosa, 715 Luv

Gracas - Recife/PE CEP:

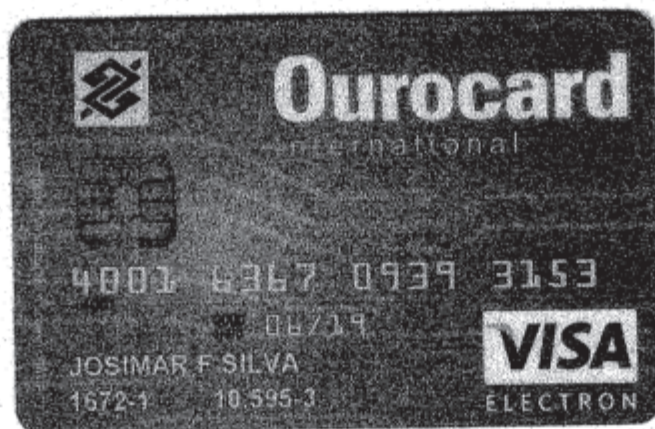
(Informar dígito se existir)

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

Bom Jesus 30 de Julho de 2018
Local e Data

Joimar Felipe da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



POUPANSA





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 058ª CIRCUNSCRIÇÃO - BUENOS AIRES -
DP58ªCIRC DINTER1/11ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0148000277

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/07/2018** às
13:36

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 30/12/2017 às 16:56

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BUENOS AIRES, 1, SITIO BARRO VERMELHO** - Bairro: **CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL** -
Ponto de Referência: **PROXIMO À CHÁCARA DE LUIZINHO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOÃO JOSÉ DE FONTES (OUTRO)
JOSIMAR FELIPE DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava no endereço: **Av. Ruy Barbosa, 215, Lote 5, Graças - Recife/PE CEP: 52090-000** Sr(a):
JOSIMAR FELIPE DA SILVA



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

JOSIMAR FELIPE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO Pai: **NELSON FELIPE DA SILVA** Data de Nascimento: **29/3/1978**
Naturalidade: **BUENOS AIRES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6979877/SDS/PE (RG), 65741087499 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTÔNOMO(A)** Telefones Celulares: **- 391431433**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BUENOS AIRES, 93, RUA JOSÉ GOMES PEREIRA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO À COMESA**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: DESCONHECIDO Pai: **DESCONHECIDO** Naturalidade: **BUENOS AIRES / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

JOÃO JOSÉ DE FONTES (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: NÃO

INFORMADO Pai: **NÃO INFORMADO** Naturalidade: **BUENOS AIRES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **98918783468 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BUENOS AIRES, 1, CHÃ DE MALTEZ - CEP: 55000-000**
- Bairro: **CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO CAMPO DE FUTEBOL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOÃO JOSÉ DE FONTES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSIMAR FELIPE DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/OUTRO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCN6641** (PERNAMBUCO/BUENOS AIRES) Renavam: **103601465** Chassi: **9C2KD0810FR400532**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA, O SR. JOSIMAR FELIPE DA SILVA, COMUNICANDO QUE NO DIA, HORA E LOCAL JÁ INFORMADO EM TELA, QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA JÁ IDENTIFICADA TAMBÉM EM TELA, NO SENTIDO BARRO VERMELHO AO CENTRO DE BUENOS AIRES, E MAIS PRECISAMENTE QUANDO PASSOU EM UM QUEBRA-MOLA, PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA, MOMENTO EM QUE A VITIMA CITADA CAIU DA MESMA, INDO DE ENCONTRO AO SOLO, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES AO HOSPITAL LOCAL, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS, E EM SEGUIDA, A VITIMA FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, NA CIDADE DO RECIFE, SENDO ATENDIDO ÀS 18:30HS DO DIA 30/12/2017, CONFORME O NÚMERO DE ATENDIMENTO: 914162, ONDE O MESMO FOI SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, DEVIDOS AOS FERIMENTO NA FACE, CABEÇA E NO COURO CABELUDO, CONFORME A FICHA DE ESCLARECIMENTO JÁ CITADA, RECEBENDO ALTA HOSPITALAR NO DIA 02/01/2018. INFORMO NESTE BOE, QUE A REFERIDA MOTOCICLETA TRATA-SE DE UMA HONDA NXR160BROS ESDD. COMO NÃO TENHO MAIS NADA A AGREGAR, ENCERRO O PRESENTE BOE. NADA MAIS, DIGNO DE REGISTRO.

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

JOSIMAR FELIPE DA SILVA X *Josimar Felipe da Silva*
(VITIMA)



B.O. registrado por: **EDVALDO FERREIRA DA SILVA** - Matrícula: **384917-1**

[Handwritten Signature]

Edvaldo Ferreira da Silva
Comissário de Polícia
Mat. 384.917-1

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Leimar Felipe da Silva, portador da carteira de identidade nº 6935077 e inscrito no CPF/MF sob o nº 057.410.674-09, residente e domiciliado na Rua Freze Nº 06 - São Luiz, Cidade Buenos Aires, Estado Pernambuco, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Leimar Felipe da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Buenos Aires, 30 de Julho de 2018

Local e data

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0013450

Prontuário: 00013033-8

Idade: 39 ANOS, 9 MESES E 19 DIAS

Nome: JOSIMAR FELIPE DA SILVA

Dt. Nasc.: 11/03/1978 Sexo: M Est. Civil: SOLTEIRO

Endereço: RUA JOSE GOMES PEREIRA

CEP: 55845000

Cidade: BUENOS AIRES/PE

Bairro: CENTRO

Nac: BRASIL

Documento:

CNS:

Sisprenatal:

Tel.:

Mãe: MARIA JOSE DA SILVA

Pai: NELSON FELIPE

Profissão:

Responsável:

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
30/12/2017 16:56	0013450	ACIDENTE DE MOTO

PRE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura

Queixas / Diagnóstico

Alcoolizado vítima
de acidente de moto.
Trauma no

Tratamento

HR
Lans Simpa
5330750

machucado no braço +
otite

Proz 100%
FC 83 bpm



Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito:

às _____ h _____ m do dia _____

Data saída:

Hora saída:

Data da impressão: Sábado, 30 de Dezembro de 2017 às 16:56

Recepcionista: FÁTIMA

<input type="checkbox"/> CURATIVO <input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO		ADM MEDICAMENTO: <input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP <input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	TÉCNICO / COREN
Consultas / Atendimento Médico: <input checked="" type="checkbox"/> urgência básica <input type="checkbox"/> urgência especializada <input type="checkbox"/> observação básica <input type="checkbox"/> observação especializada		MÉDICO / CRM DR. FRED SANTOS CRM 11712	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO	

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSIMAR FELIPE DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01672-1

CONTA: 000010010595-5

Nr. da Autenticação 5747627D48BE3851

Imprimir Segunda Via de Conta

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

SEVIRINA DAMIANA DE FARIAS

CPF: 036.866.044-34

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOSE EMILIANO 1 A

CENTRO/BUENOS AIRES
55845-000 BUENOS AIRES PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

29/06/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

29,40

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

23/06/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

23/06/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

021667398

CONTA CONTRATO

002659845019

Nº DO CLIENTE

2000623304

Nº DA INSTALAÇÃO

0000477860

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

0390.499D.4E00.6FB8.92ED.3608.B26C.FDBD

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	34,00	0,73927710	25,13
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,11
Acrescimo Bandeira VERMELHA			1,78
Contribuição Iluminação Pública			2,03
ICMS Subvenção-COE-NF 014038341-23/04/18			0,35
TOTAL DA FATURA			29,40

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
27,02	25,00	6,75	27,02	0,79	0,21	27,02	3,66	0,98

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,52156900

HISTÓRICO DO CONSUMO

Consumo Ativo(kWh)	JUN 18	MAI 18	ABR 18	MAR 18	FEV 18	JAN 18	DEZ 17	NOV 17	OUT 17	SET 17	AGO 17	JUL 17	JUN 17
	10,87	10,87	10,87	10,87	10,87	10,87	10,87	10,87	10,87	10,87	10,87	10,87	10,87

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	RS	%
Geração de Energia	0,46	35,01
Transmissão	1,15	4,36
Distribuição (Celpe)	5,39	19,35
Encargos Setoriais	1,39	5,14
Tributos	7,94	29,39
TOTAL	27,02	100

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

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				

MON730G	CAT	23/05/2018	9.114,00	23/06/2018	9.148,00	31	1,0000	0,00	34,00
---------	-----	------------	----------	------------	----------	----	--------	------	-------

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 24/07/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APLICADO	METAS MENSAL	METAS ANUAL
DIC-Nº de horas sem Energia	NAZAREDA NATA	2,80	10,87	21,74
FIC-Nº de vezes sem Energia		2,80	7,87	15,74
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		1,85	5,68	9,99
DMIC-Duração de interrupção em dia crítico				1 mês DMIC: 15,40
BRSO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 9,36				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: loja da chitney: rua jose emiliano 12 centro / neuza cavalcante de albuquerque: rua antonio francisco de lira nº02 - centro lista completa em www.celpe.com.br.
Essa conta poderá ser paga no credenciado mais perto de você. Confira a lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	238

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

TESTE AQUI

CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002659845019	06/2018	29,40	29/06/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838400000006 294000110028 659845019102 116981058239

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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/BIBLIOTECASWEB/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.

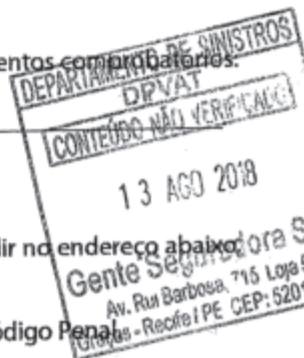
Pelo exposto, eu Rafaela Maria de Santana Cavalcanti inscrito (a) no CPF 086.005.684-801 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Josimar Felipe da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.410.674/09, do sinistro de DPVAT cobertura Perda Permanente da Vítima Josimar Felipe da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.410.674/09, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.



Endereço <u>Rua Jose Amilhamo</u>		Número <u>1A</u>	Complemento -
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Buenos Aires</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55845-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(81)9-9216-2319</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81)9-9543-3413</u>

Buenos Aires 30 de Julho de 2018
Local e Data

Rafaela Maria de S. Cavalcanti
Assinatura do Declarante

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 914162

Nome: Jonmar Felipe de Silva

Foi atendido às 19:30 hs. do dia 30, 12, 17

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de acidente
tuberculose crônica em pa-
tente de sinuoparanasal,
ângulo mandibular (E), C2000.

- Paciente com 30 dias
de repouso domiciliar
- dieta líquida / pastosa durante
tratamento.

Tratamento Realizado: cirurgia realizada em
30/12/17 por Dra. Antônia Dr
Luiz, Dr. Mathias para realização
de redução de paranasal completa
de hux inferior da face + redução
completa de mandíbula

Observação: queixas de ambulatório
do Hospital Geral de Cruz, na
primeira 6ª hora às 08:00 horas
na sala D14 ou D15.

Cópia de:

Ata BMF
6210418

RECIBO DE ATENDIMENTO
Nº 04/2002
do Ministério Público
do Estado de Pernambuco

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou
ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do
tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público
do Estado de Pernambuco.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

13 AGO 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-900

Cód. 0157

3130 321340

029 3760118



Rua Dom Ricardo Vilela, 1033
Centro, Nazaré da Mata - PE
(81) 3633.1318 / 3636.3596 / 9.363.6279
casadesaude@outlook.com

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - LJ. 5
Recife - PE

Laudos Médicos

Atestado que Josimar Felipe de
Silva, vítima de acidente automobi-
lístico (ST009420000) em 30/12/2017
sofreu TCE (CID S06.8) e Fraturas
em hemiface E (CID S02.6). Realizou
tratamento cirúrgico (osteossíntese com
placa e parafusos na mandíbula E). O
paciente queixa-se de dor de
cabeça intermitente e de hipocrisia E.
Deverá permanecer afastado
de suas funções profissionais (11/01/18)

de Melhoria Transmissão de Informações
e Seguimento das Neurologias e
Oncologia, no Neurologia

Nota de Aviso - PE
05/06/2018

