

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 nº9.613/98.

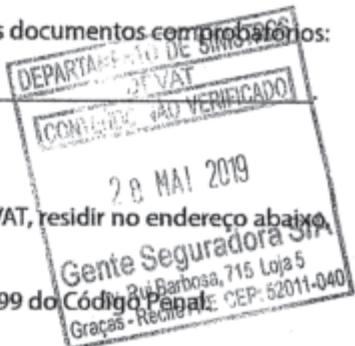
Pelo exposto, eu Rafaela Maria de S. Cavalcanti inscrito (a) no CPF 086.005.684/80, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marivaldo de Lima Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 119.998.514/71, do sinistro de DPVAT cobertura Imobil. Permanent da Vítima Marivaldo de Lima Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 119.998.514/71, 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



Endereço <u>Rua José Edmundo</u>	Cidade <u>Buenos Aires</u>	Número <u>14</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</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)9-9149-1453</u>	

Buenos Aires, 10 de maio de 2019
Local e Data

Rafaela Maria de S. Cavalcanti
Assinatura do Declarante

Reclamar formal por ocorrência



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89

| SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

| Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Patrícia Chagas Guedes dos Reis,

RG nº 7423971, data de expedição 08/03/2010

Órgão SDS / PE, portador do CPF nº 076.670.704-07,

com domicílio na cidade de Saquarema, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Manoel Grinino Gomes, nº 72,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

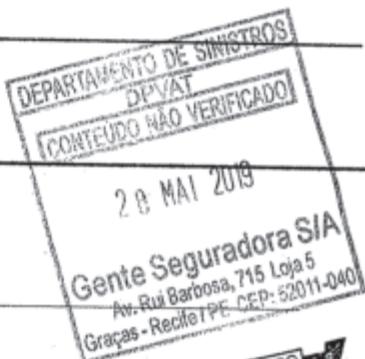
Marivaldo de Lima Vilina, cujo o condutor era

Marivaldo de Lima Vilina.

Veículo: PASSEIOS Modelo: I YINXIANG BRAVAX 19VX150 Ano: 2013 / 2014

Placa: PGM 3144 Chassi: LB415Y5UFC000005

Data do Acidente: 02/03/2019



Local e Data: 03/04/2019

Patrícia Chagas Guedes dos Reis

Assinatura do Declarante

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



marivaldo de lima vieira,,

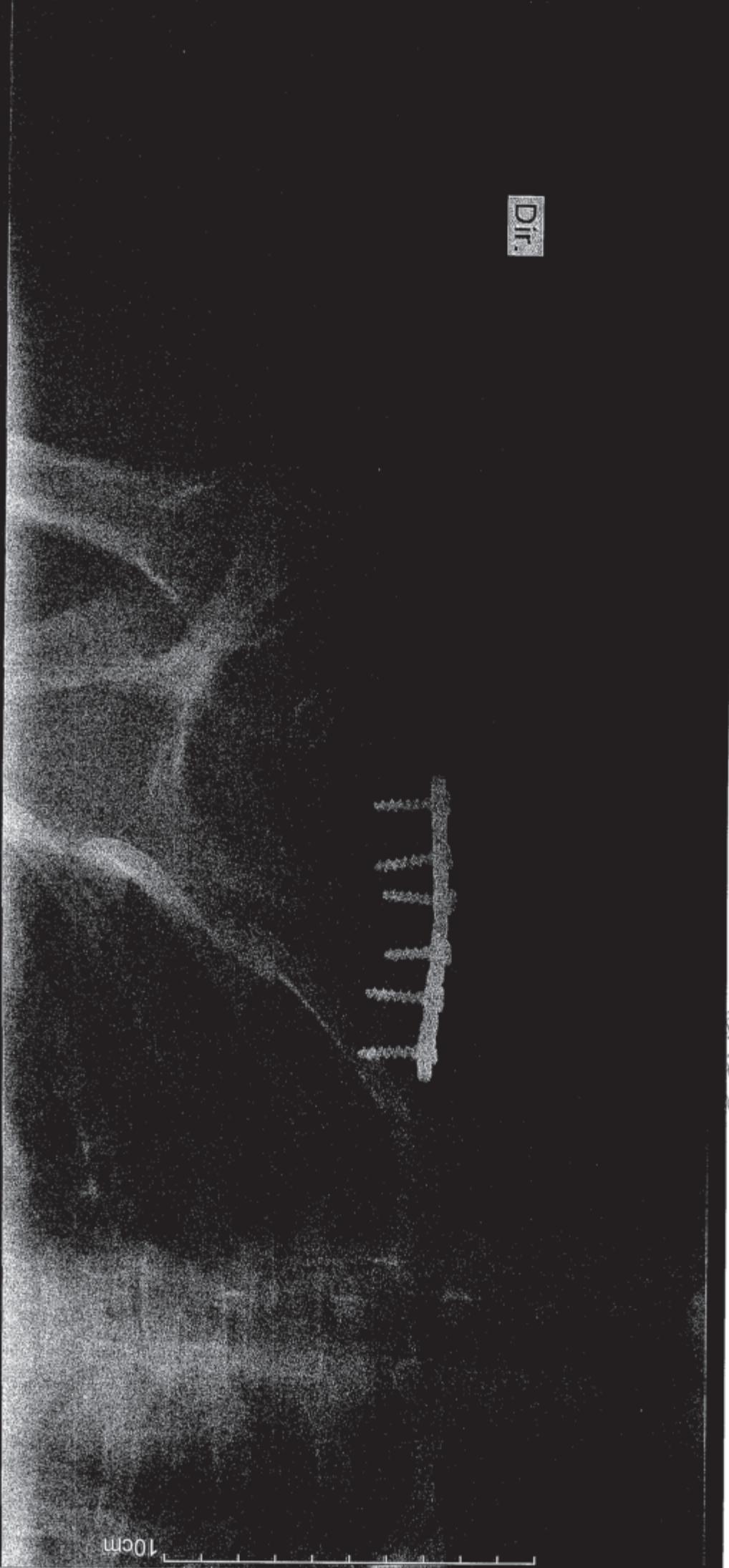
Sex:Masc.

Data de nascimento:12/11/1996

ID:7655004..



Data de aquis.:01/04/2019
Hora de aquis.:09:27:33
Índice de exp.:1277



OMBRO CLAVÍCULA
P
V: 4096, L: 2048
D de técnico:admin

14cm

Escala:0.0
10cm



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

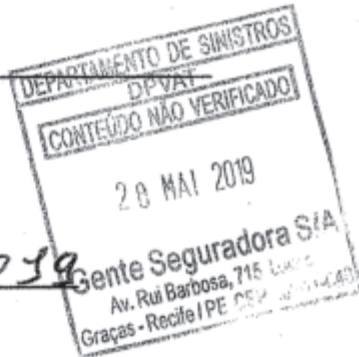
CÓDIGO

REVISÃO

F.AT.SAM.01

00

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

NOME: Marivaldo de Lima ViliraREGISTRO: 765004 DATA DE NASCIMENTO: 12 / 11 / 3996RG: 9.653.337 ORGÃO EMISSOR: SDS / PEENDEREÇO: Sítio Barro Vermelho Boenos AiresNOME DA MÃE: Marilene Maria de LimaDATA ADMISSÃO: 15 / 03 / 2019 DATA ALTA: 19 / 03 / 2019DATA DO PROCEDIMENTO: 18 / 03 / 2019 CID: 542.0DIAGNÓSTICO: Fratura da Clavícula DireitaTRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura da Clavícula Direita + Tratamento de Retração muscular + NeuroályseMÉDICO: Arnaldo CoimbraCREMEPE: 16658JABOATÃO DOS GURARAPES, 06 DE maio DE 2019

Dr. Hermes Wagner
Ortopedia
CRM - Descripe

MÉDICO

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: MARIVALDO DE LIMA VIEIRA

Prontuário: 765004

Atendimento: 204187

Unidade de Internação / Leito: BNF 17 - LEITO

Sexo: Masculino

Idade: 22 Anos, 4 Meses e 6 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): NEURÓLISE (040302007-7) + OSTEOTOMIA (040801011-8) + TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA CLAVICULA DIREITA (040801015-0) + TRATAMENTO RETRAÇÃO MUSCULAR (040806067-0)

Data: 18/03/2019

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

02. 1. Auxílio Cirúrgico: FRANCISCO DINIZ BORBOREMA

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

Anestesia: GERAL ENDOVENOSA + BLOQUEIO PLEXO

05. Anestesia:

07. Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA.
ASSEPSIA E ANTESEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

INCISÃO EM TOPOGRAFIA DE CLAVÍCULA DIREITA

DISSECCAO POR PLANOS ATÉ ABORDAGEM DE FOCO DE FRATURA

NEUROLISE DE NERVO SUPRA-CLAVICULAR

OSTEOTOMIA DE BORDAS DA FRATURA DA CLAVICULA

LIBERAÇÃO DE RETRAÇÃO MUSCULAR E FIBROSE

REDUÇÃO DE FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 E PARAFUSOS CORTICais

LAVAGEM COM SF

REVISÃO DA HEMOSTASIA

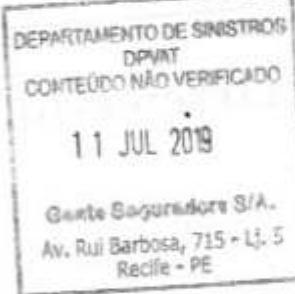
FECHAMENTO POR PLANOS

DR. OSVALDO COIMBRA,
Ortopedia / Traumatologia
Cr. Odont. 104260
CRM-MG 104260
08/03/2019

OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

CRM: 16668





MARIVALDO DE LIMA VIEIRA,,
Sex:
Data de nascimento:
ID:765004

Data de aquis.:24/04/2019
Hora de aquis.:11:23:20
Índice de exp.:1029

Dir.



10cm



NÃO ESPECIFICADO
NÃO ESPECIFICADO
W: 4096, L: 2048
ID de técnico: radiologia

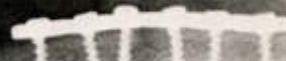
Escala:0.0
HMJ

14cm

MARIVALDO DE LIMA VIEIRA,,
Sex:
Data de nascimento:
ID:765004

Data de aquis.:24/04/2019
Hora de aquis.:11:23:28
Índice de exp.:1115

Dir.



10cm



NÃO ESPECIFICADO
NÃO ESPECIFICADO
W: 4096, L: 2048
ID de técnico: radiologia

Escala:0.0
HMJ

14cm



MARIVALDO DE LIMA VIEIRA,
Sex:
Data de nascimento:
ID:765004

Data de arquis.:24/04/2019
Hora de arquis.:11:23:28
Índices de exp.:115



NÃO ESPECIFICADO
NÃO ESPECIFICADO
W: 4096, L: 2048
ID de técnico: radiologia

14cm

Escala: 0.0
HMJ

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

REVISÃO

F.AT.SAM.01

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAÍDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO INDENTIFICADO (A).

NOME: marivaldo de Lima Vilira

REGISTRO: 765004 DATA DE NASCIMENTO: 12/11/1996

RG: 9.653.337 ORGÃO EMISSOR: SDS / PE

ENDEREÇO: sítio Barro Vermelho Búzios Aires

NOME DA MÃE: marilene maria de Lima

DATA ADMISSÃO: 15/03/2019 DATA ALTA: 19/03/2019

DATA DO PROCEDIMENTO: 18/03/2019 CID: 542.0

DIAGNÓSTICO: Fratura da Clavícula Direita

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura da Clavícula Direita + Tratamento de Retração muscular + Neuralise

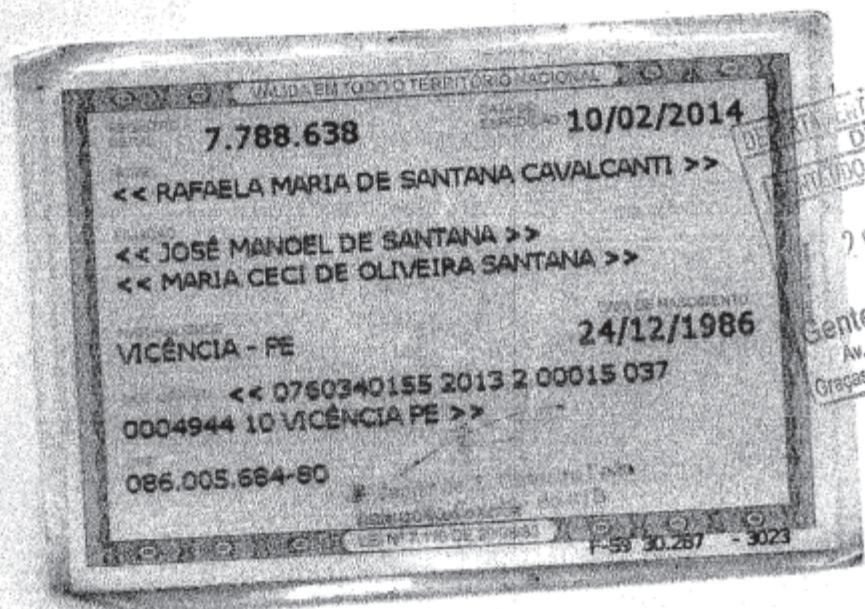
MÉDICO: arsvaldo Coimbra

CREMEPE: 16658

JABOATÃO DOS GURARAPES, 06 DE maio DE 2019.

Dr. Hermes Wagner
Ortopedia
CRM - 09634/PE

MÉDICO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190350634 **Cidade:** Buenos Aires **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIVALDO DE LIMA VIEIRA **Data do acidente:** 02/03/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X P.2(B.O) P.2,3(IMAGE) P.4(RELATÓRIO) P.3(CIRURGIA - HISTÓRICO) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190350634 **Cidade:** Buenos Aires **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIVALDO DE LIMA VIEIRA **Data do acidente:** 02/03/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190350634 **Cidade:** Buenos Aires **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIVALDO DE LIMA VIEIRA **Data do acidente:** 02/03/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: NÃO DEFINIDO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAILIZOU ESTABELEcer A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINtES ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- FOLHA DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR;
- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO E/O A NÍVEL AMBULATORIAL E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
			Total	0 %
				R\$ 0,00

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

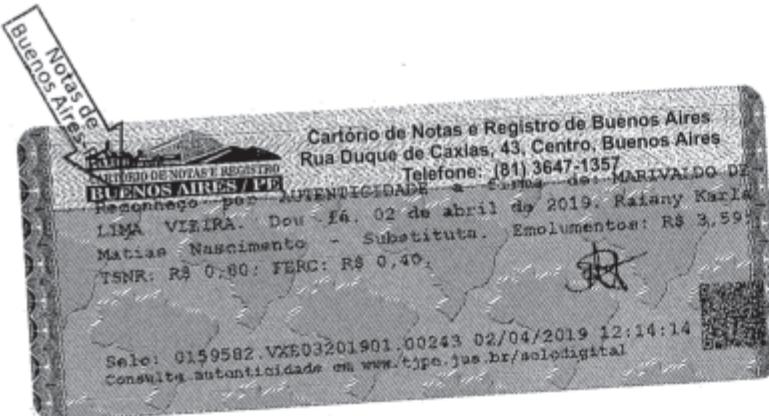
OUTORGANTE: MARIVALDO DE LIMA VIEIRA, Portador do documento de identidade nº 9.653.337, expedido por SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 119.998.514-71, residente na Rua Sítio Barro Vermelho, s/n, zona rural, Buenos Aires/PE.

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: Buenos Aires-PE., 02 de Abril de 2019.

Outorgante: Marialdo de Lima Vieira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0180992/19

Vítima: MARIVALDO DE LIMA VIEIRA

CPF: 119.998.514-71

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/03/2019

Titular do CPF: MARIVALDO DE LIMA VIEIRA

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI : 086.005.684-80

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

MARIVALDO DE LIMA VIEIRA : 119.998.514-71

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 28/05/2019

Nome: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

CPF: 086.005.684-80

Data do cadastramento: 28/05/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0180992/19

Número do Sinistro: 3190350634

Vítima: MARIVALDO DE LIMA VIEIRA

CPF: 119.998.514-71

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/03/2019

Titular do CPF: MARIVALDO DE LIMA VIEIRA

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 11/07/2019

Nome: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI
CPF: 086.005.684-80

Data do cadastramento: 11/07/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Marta Marinho dos Santos

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190350634

Vítima: MARIVALDO DE LIMA VIEIRA

Data do Acidente: 02/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIVALDO DE LIMA VIEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190350634

Vítima: MARIVALDO DE LIMA VIEIRA

Data do Acidente: 02/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIVALDO DE LIMA VIEIRA

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

Documentação médica-hospitalar

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190350634 **Vítima: MARIVALDO DE LIMA VIEIRA**

Data do Acidente: 02/03/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIVALDO DE LIMA VIEIRA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: MARIVALDO DE LIMA VIEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001672-1

Conta: 0000012333-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	119.998.514.71	Marivaldo de Lima Oliveira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF: 119.998.514.71	
Profissão:	Eereço:	Número: 545 Complemento: -
Bairro:	Sítio Barro Vermelho	Estado: PE
E-mail:	Zona Rural	CEP: 55845-000
	Cidade: Buenos Aires	Tel. (DDD): (81) 9-9215-2319

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

RENDIMENTO MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: Brasil
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> 1672 CONTA: <input type="text"/> 12.333
(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 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: 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.

Inscrição digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Local e Data, _____
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura: _____
 Av. Rui Barbosa, 1000 - Recife

Assinatura: _____
 Gracis - Recife

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

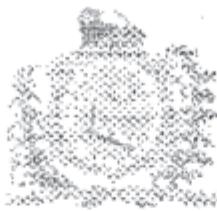
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura: _____





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 058ª CIRCUNSCRICAO - BUENOS AIRES -
DP58ªCIRC DINTER1/M1ªDESEC

525941

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 19 E0148000140

0180992/19

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 27/03/2019 às
10:44

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cuiposo (Consumado)
que aconteceu no dia 2/3/2019 às 12:30

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 1, O FATO
OCORREU PRÓXIMO AO ENGENHO TAMATAÚPE DE FLORES, S/N ZONA
RURAL DE BUENOS AIRES - Bairro: CENTRO - BUENOS
AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

20 MAI 2019

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
PATRICIA CHAGAS GUEDES DOS REIS (OUTRO)
JOSIANO RODRIGUES VIEIRA (TESTEMUNHA)
MARIVALDO DE LIMA VIEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
MARIVALDO DE LIMA VIEIRA

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

MARIVALDO DE LIMA VIEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino / Mãe:
MARILENE MARIA DE LIMA / Por MIGUEL LOURES VIEIRA / Data de Nascimento: 12/01/1986
Naturalidade: MAZARE DA MATA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8888887/SDS/PE
(RQ) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE
Telefones Celulares: 8888488888

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 1, A VÍTIMA RESIDE NO SITIO
BARRO VERMELHO, S/N , ZONA RURAL DE BUENOS AIRES-PE - CEP: 55000-000 -
Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓX. A CHACARA REFÚGIO
SOMMO MEU.

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido / Mãe:
DESCONHECIDO Data de Nascimento: 1/1/1900 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

Endereço Residencial: Rua Cunha Machado, 100 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20030-000 - Brasil

PATRICIA CHAGAS GUEDES DOS REIS (não presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Mãe: DESCONHECIDO Data de Nascimento: 4/4/1980 Naturalidade: NÃO INFORMADO
/ PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 87897070487 (CPF) Estado Civil: DESCONHECIDO
Escolaridade: DESCONHECIDA
Endereço Residencial: R. UNICÍPIO DE CARPINA, 1 - CEP: 8 - Bairro: CENTRO -
/ CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSIANO RODRIGUES VIEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mão:
SEVERINA RODRIGUES NUNES Pai: SEVERINO LOPES VIEIRA Data de Nascimento:
2/11/1988 Naturalidade: BUENOS AIRES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
SSS 2331/000/98 (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(a) Escolaridade: 3º GRAU INCOMPLETO
Profissão: ESTUDANTE Telefones Celulares:

Endereço Residencial: RUA PROJETADA ONZE, 10 - CEP: 0 - Bairro: LOTEAMENTO BOA FE -

Qualificação do(s) oblate(s) e/ou advogado(s)

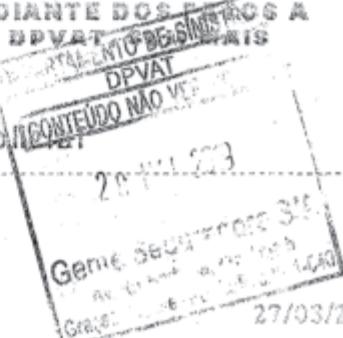
MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PATRICIA CHAGAS GUEDES DOS REIS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIVALDO DE LIMA VIEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/OUTRO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: NÃO
Cor VERMELHA - Quantidade: 01 UNIDADE NÃO INFORMADA

Placa: PIMG3144 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 699931103 Chassi:
L8A46Y089UEC688886
Ano Fabricação/Modelo: 2013/2014 Combustível: GASOLINA
Descrição: MOTOCICLETA ITINKIANG/ BRAVAX , BXK 150

Complemento / Observação

COMPARÊCEU HOJE NESTA DELEGACIA DE POLICIA, O SR. MARIVALDO DE LIMA VIEIRA, INFORMANDO QUE FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGUNDO-O-MESMO NO DIA 02/03/2018 POR VOLTA DAS 13:30 H ESTAVA VOLTANDO DE LAGOA DO GUTEIRO, BISTRITO DE BUENOS AIRES SENTIDO CENTRO DESTA CIDADE E AO PASSAR PRÓXIMO AO ENGENHO TAMATRÚPEDE FLORES, S/N ZONA RURAL DE BUENOS AIRES, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA QUE PILOTAVA NESTE BOE JA BUCCHITA E ACABOU CAINDO, COM A QUEDA A VÍTIMA BATEU FORTEMENTE SUA CABEÇA NO SOLO VINDO A DESMAIAR, EM SEGUIDA POPULARES ACIONARAM O SAMU QUE FEZ O SOCORRO E LEVOU A VÍTIMA PARA A UNIDADE HOSPITALAR DE BUENOS AIRES , ONDE APÓS RECEBER OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS DO MÉDICO DE PLANTÃO O DR. FRED SANTOS , QUE APÓS ESTABILIZAR O PACIENTE MESMO AINDA DESMAIADO E COM UM CORTE EM SEU ROSTO PRÓXIMO A SUA ORELHA DIREITA, FOI REMOVIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NA CIDADE DO RECIFE DEVIDO A GRAVIDADE DA LESÃO, LÁ CHEGANDO A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A UMA TOMOGRAFIA DE ROSTO E NÃO APRESENTOU FRATURA, A VÍTIMA APENAS RECORreu A CONCIÊNCIA LÁ, NO DIA SEGUINTE DIZ A VÍTIMA QUE RECEBEU ALTA E QUE AO CHEGAR EM SUA RESIDÊNCIA CONTINUOU SENTINDO FORTES DORES EM SUA GRAVICOLA DIREITA E POR CAUSA DISSO FOI NOVAMENTE A UNIDADE MISTA DE BUENOS AIRES SENDO REMOVIDA PARA UPA DE SÃO LOURENÇO , ONDE APÓS SER SUBMETIDA A UM RAI0-X , CONSTATOU-SE UMA FRATURA EM SUA GRAVICOLA DIREITA, SENDO A VÍTIMA ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EM RECIFE E POSTERIORMENTE FOI REMOVIDA PARA O HOSPITAL MEMORIAL DE JAGUARAPIS QUAKAHAPES ONDE PASSOU POR SIRURGIA, DIANTE DOS FATOS A VÍTIMA SOLICITA O REGISTRO DA OcorrÊNCIA PARA FINS DE DPVAT.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente(n) neste



x Marivaldo de Lima Vieira

MARIVALDO DE LIMA VIEIRA
(VITIMA)

JOSIANO RODRIGUES VIEIRA
(TESTEMUNHA)

Josiano R. Vieira

B.D. registrado por: EVERALDO LUIZ DA SILVA JÚNIOR - Matricula: 272.839-7

Everaldo L. da S. Júnior
Everaldo L. da S. Júnior
Comissário de Polícia
Mat.: 272.839-7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	119.998.514.71	Marivaldo de Lima Oliveira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF: 119.998.514.71	
Profissão:	Eereço:	Número: 545 Complemento: -
Bairro:	Cidade:	Estado: PE CEP: 55845-000
E-mail:	Tel.(DDD): (81)9-9215-2319	

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

RENDIMENTO MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: Brasil
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> 1672 CONTA: <input type="text"/> 12.333
(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 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: 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.

Inscrição digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Local e Data, Nome: _____ CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

28 MAI 2019

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura Av. Rui Barbosa
Graças Recife

Assinatura

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

Assinatura

(*) 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.



SUS

PREFEITURA DE BUENOS AIRES

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SAMU RÉGIONAL MATA NORTE - REGISTRO DE ATENDIMENTO

Médico Regulador <i>Dra. Kátia</i>	TARM	Operador de rota <i>Laudes.</i>																										
Data <i>02/03/2019</i>	Hora <i>13:40</i>	ID Nº ocorrência <i>596334</i>	Unidade móvel <i>Sainor</i>	Base de unidade <i>Buenos Aires</i>																								
Endereço da ocorrência <i>Engenho Jarinatampe de Flores</i>																												
Bairro <i>Zona Rural</i>		Município <i>Buenos Aires</i>																										
Ponto de referência <i>Perto do entorno</i>																												
Nome da vítima <i>Marivaldo de Lima Vieira</i> Idade <i>12/13/1996</i> 22 M																												
Solicitante / Fone <i>José Emanuel</i>		Cartão de saúde - SUS <i>408606516642987</i>																										
Querela <i>Vítima de queda de moto</i>																												
Comunicação <i>13 40</i>	Saída da base <i>13 40</i>	(chegada no local)	Saída do local	Chegada no destino <i>14:20</i>																								
Saída da base <i>13 40</i>		Saída do destino <i>14:40</i>																										
Chegada na base																												
<input type="checkbox"/> Transferência (senha): <i>5631712</i>																												
Tipo de Agravio: <input type="checkbox"/> Acidente Trânsito: <input type="checkbox"/> Pedestre <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro do veículo <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Desabamento/Soterramento																												
<input type="checkbox"/> Eletrocussão <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Gineco-obstétrico <input type="checkbox"/> Lesões térmicas <input type="checkbox"/> Pediátrico <input type="checkbox"/> Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Quase Afogamento																												
<input type="checkbox"/> Queda _____ Metro <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Térmica <input type="checkbox"/> Química <input type="checkbox"/> Elétrica <input type="checkbox"/> Outros:																												
Antecedentes: <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Cirurgias Realizadas																												
<input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal																												
<input type="checkbox"/> Drogadição <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos anteriores <input type="checkbox"/> Medicamento <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Outros:																												
Exame Clínico: Principais sintomas / Queixas <input type="checkbox"/> Agitação/agressividade <input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> Ausência de pulso <input type="checkbox"/> Cianose																												
<input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Dificuldade Respiratória <input type="checkbox"/> Dor Local <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Inconsciente/Desmaio																												
<input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Outros:																												
Início /os Sintomas: <input type="checkbox"/> Menos de 1 hora <input type="checkbox"/> 1 a 3 horas <input type="checkbox"/> Mais de 4 horas <input type="checkbox"/> Mais de 24 horas <input type="checkbox"/> Não sabe																												
Data e hora de atendimento: <i>23 MAI 2019</i> Gente Seguradora S/A <i>Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5</i> <i>Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-000</i>																												
Dados Vitais: <table border="1"> <tr> <th>Hora</th> <th>PA</th> <th>P脉</th> <th>FR</th> <th>Temp. Axilar</th> <th>Glicemia</th> <th>Saturação O₂ %</th> <th>Esclera de Glasgow</th> </tr> <tr> <td><i>14:40</i></td> <td><i>130x80</i></td> <td><i>86</i></td> <td><i>217</i></td> <td><i>36,5</i></td> <td><i>109</i></td> <td><i>96%</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fim</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					Hora	PA	P脉	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Esclera de Glasgow	<i>14:40</i>	<i>130x80</i>	<i>86</i>	<i>217</i>	<i>36,5</i>	<i>109</i>	<i>96%</i>		Fim							
Hora	PA	P脉	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Esclera de Glasgow																					
<i>14:40</i>	<i>130x80</i>	<i>86</i>	<i>217</i>	<i>36,5</i>	<i>109</i>	<i>96%</i>																						
Fim																												

RESPIRAÇÃO:

- Via Aérea:
 Livre
 Obstrução Parcial
 Total
 Corpo Estranho
 Bronco Aspiração
 Edema de Glote
 CBS

Achados: Crepitacão Enfisema Subcláneo Expectoracão mucosa/purulenta Hemoptise Hálito Etílico Outros:

CIRCULAÇÃO

- Pele: Cinhose Fria Úmida Normal Palidez Quente Seca Outros
 Ausente Palpebral M. inferiores Anasarca
 Normal Retardada Ausente

Respiração/Ventilação:

- Espontânea
 Parada Respiratória
 Assistida
 Rítmo Irregular

Ausculta:

- Normal
 Roncos/sibilos
 Estertores
 Diminuição MV
 Ausência MV

Expansibilidade:

- Normal
 Superficial
 Regular
 Irregular

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: 17/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIVALDO DE LIMA VIEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01672-1

CONTA: 000000012333-1

Nr. da Autenticação C01386091482C51E



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
Companhia Energética do Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50055-902
CNPJ 10.638.822/0001-67 / Faz. Est. 0003843-83 / www.osipe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARILENE MARIA DE LIMA

CPF: 890.768.534-68

CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL
AGROPECUÁRIA RURAL

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI BARRO VERMELHO 575

ZONA RURAL BUENOS AIRES/BUENOS AIR
BUENOS AIRES PE
55845-000

DATA CONTRATO	MES/ANO
7031764291	04/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA LEITURA
11/04/2019	06/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

63,61

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
065707481	UNICA	04/04/2018	118.000.000	0,54138627	62,78
REPRESENTADO	INFO CLIENTE	INFRAESTRUTURA			0,72
04/04/2019	2018739000	461360			0,08
					0,04

TOTAL DA FATURA:

63,61

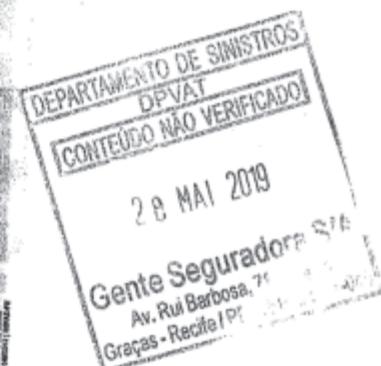
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (R\$)
TH4209	CAT	04/04/2019	23.281,00	04/04/2019	23.342,00	37	1.000000		116,00

Mês/Año VMH	VALOR DO DEPÓSITO	COMPONENTES DO CONSUMO
ABR19 - 116		Geração de Energia R\$ 19,94 30,0%
MAR19 - 69		Transmissão R\$ 3,88 4,48%
FEV19	62,78	Distribuição (Celpa) R\$ 13,12 20,00%
JAN19	62,78	Péndas de Energia R\$ 4,13 6,58%
DEZ18		Energias Solar/Foto R\$ 3,31 5,30%
NOV18		Impostos R\$ 20,42 32,52%
OUT18		Total R\$ 62,78 100%
SET18		
AGO18		
03/18		
JUN19		
MAR19		
ABR19		

B1EF E40C 8881 FC92 0690 0CFE 8828 7776

No dia da fatura é emitida no valor R\$ 0,00. Mais informações em www.osipe.com.br. O cliente é compensado (restituído) o valor da tarifa social individualizada devido ao seu consumo. Pago o débito gerado da 201873900014000000, juros 1% ao mês e 15,43% ao ano e multa de 10% da fatura. Nesta fatura, o cliente paga R\$ 63,61. Aplicação da Tarifa RURAL - R\$ 63,61.

CONSUMO	VALOR DEPÓSITO	VALOR DE RETIRADA	LIMITE TRANSMISSION	LIMITE AVULSO	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE MUDANÇA DE NÍVEL
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	220	202 221
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		





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

Companhia Energética do Pernambuco
Av. Jóia do Barro, 111, Box Vila, Recife, Pernambuco - CEP 50059-902
CNPJ 10.836.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-63 | www.cepa.com.br

DADOS DO CLIENTE

SEVIRINA DAMIANA DE FARIAS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOSE EMILIANO 1 A

CPF: 036.886 044-34

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADESCENTRO/BUENOS AIRES
BUENOS AIRES PE
55845-000

Nº DA NOTA FISCAL	DATA APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	DATA DE INSTALAÇÃO	DATA DE EMISSÃO
059338405	23/04/2019	UNICA	23/04/2019	23/04/2019

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
2659845019	04/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PARA LEITURA
30/04/2019	23/05/2019

23/04/2019 3000623304 477800

67,18

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	80,000000	0,77336882	61,88
Contrib. Ium. Pública Municipal			3,78
ICMS Subvenção-CDE-NF 051801748-21/02/19			0,38
Multa por atraso-NF 055504040- 23/03/19			0,75
Juros por atraso-NF 055504640- 23/03/19			0,17
Atualização IGPM-NF 055504640- 23/03/19			0,26

TOTAL DA FATURA	67,18
2659845019	67,18

Nº DO MEDIADOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
HD9790	CAT	23/03/2019	9.891,00	23/04/2019	9.871,00	31	1.00000		80,00

Mês/ano	BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPORTE	COMPONENTE DO CONSUMO
ABR19 80				Geração de Energia R\$ 18,88 30,18%
MAR19 90	ICMS	81,88	25,00	Transmissão R\$ 2,78 4,49%
FEV19 94	PIS	81,88	1,35	Distribuição (celpe) R\$ 12,82 20,62%
JAN19 90	COFINS	81,88	0,84	Pérdidas de Energia R\$ 4,06 6,92%
DEZ18 50				Energias Sazonais R\$ 1,33 5,29%
NOV18 65				Impostos R\$ 20,13 33,55%
OUT18 54				Total R\$ 61,48 100%
SETEMBR 31				0,0255000
AGOSTO 44				
JUL18 30				
JUN18 34				
MAR18 61				
ABR18 59				

BC08 0726 1208 C953 0E97 898C C988 E29E

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
20 MAI 2019

Pague no prazo mais curto no recibo da Celpe, nas lojas credenciadas ou em qualquer agência bancária, ou no endereço
franqueado da sua rotina - credêciais disponíveis no site celpe.com.br. "Na data da leitura o bimestre com maior consumo é considerado".
Informações em www.mec.gov.br - Colegiado Nacional de Preços e Tarifas - CNEP - Conselho Nacional de Energia Elétrica - CNEL - O cliente é responsável
pela verificação da precisão das leituras e deve denunciar irregularidades ao fornecedor. Pagos extrabônus gerados
através de máquinas (Máquinas Automáticas), Automação (A), 10 (dez) e 100 (cento) e similares, só serão feitos no prazo, salvo o disposto na legislação
e na placa de tarifa para os bônus de atendimento comercial. Consumo excedente, Art. 57 Reg. 414/8. Caso deseje parcelar, procure
nossa Agência de Atendimento.

CONSUMO	APARECIDA	LIMITE MÍNIMAL	LIMITE MENSAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
NAZARE DA	16/00719	0,32	10,27	31,74	42,49	220
MATA	1,00	7,81	15,71	30,88		202 231
BRIG	0,74	9,86	0,00	0,00		

- Unidade BCI2: 18,00 - EU20 - Valor da Energia de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 32,02

CONTA CONTRATO MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)
2659845019 04/2019 30/04/2019 67,18
83880000000-3 67180011002-9 65984501910-2 13888323123-2

