


Leader



CTC RECIFE PE PL2



MINEGILDO FLORENTINO DE MEDEIR
R BEIJA FLOR 190
PASSARINHO
52170-050 RECIFE PE

EXCELSIOR SEGUROS

19 SET. 2019

SEGURO DPVAT

01600722

Emissão Fatura: 28/08/2019 Vencimento: 10/09/2019 Prestagem: 30/08/2019



72 09036539 60994 00000072637 30 300819

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



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

PAULO JOSE DOS PRAZERES FILHO
CPF: 451.979.544-34

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA TOMAZ GONZAGA 245 E

ZUMBIRECIFE
50711-090 RECIFE 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

19/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

18,93

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

12/09/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

12/09/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

077173531

CONTA CONTRATO

007006433230

Nº DO CLIENTE

2001228566

Nº DA INSTALAÇÃO

0003291942

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

F700.C9DB.4E4D.036D.D9BA.B37A.64A8.D3E8

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,00	0,57539541	17,26
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,25
Multa por atraso-NF 073318366 - 14/08/19			0,35
Juros por atraso-NF 073318366 - 14/08/19			0,07
TOTAL DA FATURA			18,93

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Di Reav	Valor
22/12/17	15/01/18	113,11

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,54933000

HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
SET 19	30
AGO 19	30
JUL 19	30
JUN 19	30
MAI 19	30
ABR 19	30
MAR 19	30
FEV 19	30
JAN 19	30
DEZ 18	30
NOV 18	30
OUT 18	30
SET 18	30

Faturado pelo mínimo da fase - Custo de Disponibilidade, Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010.

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	18,51	0,81	0,14	18,51	3,72	0,68

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	DEBITO	DEBITO ANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003120986286	CAT	14/08/2019 8.205,00	12/09/2019 8.205,00	29	1,00000	0,00	0,00

19 SET. 2019

SEGURO DPVAT

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 15/10/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Jul/2019					
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	4,95	9,91	19,82
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,11	6,22	12,45
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	2,77	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 8,95					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você ag correios pe de serra: avenida general san martin prado / extremo: rua gomes taborda 1274 cordeiroLista 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
Isenção do ICMS conforme Art.9, XLVIII, a, 2.1, do RICMS-PE.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MINIMO	MAXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007006433230	09/2019	18,93	19/09/2019	

838000000009 189300110071 006433230109 142679360630



Evite dobrar, rasgar ou danificar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

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

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

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

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

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

Maria Aísa L. de O. Veiga

inscrito (a) no CPF/CNPJ 059.058.754-48 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Minegildo Florentino de Medeiros

inscrito (a) no CPF sob o Nº 766.276.324-20

do sinistro de DPVAT cobertura involidez da Vítima Minegildo Florentino de Medeiros

inscrito (a) no CPF sob o Nº 766.276.324-20, 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>Aomar Condeado</u>	Número: <u>248</u>	Complemento:
Bairro: <u>Zumbi</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>50.711-090</u>	Tel.(DDD): <u>(81) 997540111</u>

Local e Data:

Recife 19 de Setembro 2019

Maria Aísa L. de O. Veiga

Assinatura do Declarante

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
CONFERENCIA NACIONAL DE HABITACAO

PE

NOME
MINEGILDO FLORENTINO DE MEDEIROS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
3824795 SDS PE

CPF
766.276.324-20

DATA NASCIMENTO
09/05/1974

FILIAÇÃO
MANOEL FLORENTINO DE M
EDEIROS
ONILDA SOARES DE MEDEI
ROS

PERMISSÃO
AD

CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
02662147682

VALIDADE
06/11/2022

1ª HABILITAÇÃO
17/12/2002

OBSERVAÇÕES
A
RAR

EXCELSIOR SEGUROS

19 SET. 2019

SEGURO DPVAT

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE, PE

DATA EMISSÃO
17/11/2017

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

77385686661
PE082284326

PERNAMBUCO

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1487681636

PROIBIDO PLASTIFICAR
1487681636

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

MARTA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA



DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
6359362 SDS PE

CPS DATA NASCIMENTO
059.058.754-48 07/01/1985

FILIAÇÃO
MARCOS ANTONIO DE QUEIROZ VEIGA
EVA AUREA DE LUCENA ARAGAO DE QUEIROZ VEIGA

FORNHEIRO ACC CAT HAB
2

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª EMISSÃO
02946518314 01/04/2020 18/07/2003

VALIDA EM TODAS O TERRITÓRIOS NACIONAIS
1024537059

OBSERVAÇÕES
sem observações

Marta Aurea L. de Q. Veiga

LOCAL ASSINATURA DO PORTADOR DATA EMISSÃO
RECIFE - PE 06/04/2015

[Signature]

31999641754
PE045874730

OTIMAN - FERNANDEZ

PROIBIDO PLASTIFICAR
1024537059

EXCELSIOR SEGUROS
19 SET. 2019
SEGURO DPVAT

EXCELSIOR SEGUROS
SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 014802335080

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA

CÓD. RENAVAL

R.N.T.R.C.

EXERCÍCIO

1

894021788

2019

NOME

MINEGILDO FLORENTINO DE MEDEIROS

RECIFE-PE

CPF / CNPJ

766.276.324-20

PLACA

KKF3354

PLACA ANT / UF

***** / PE

CHASSI

9C2KD03107R003634

ESPECIE TIPO

PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA / NXR150 BROS ESD

ANO FAB.

2006

ANO MOD.

2007

CAP / POT / CIL

2F/149CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

IPVA 2019 QUITADO

VENC / COTAS

1ª *****

2ª *****

3ª *****

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

80.11

IOF (R\$)

0.32

PRÊMIO TOTAL (R\$)

84.58

DATA DE PAGAMENTO

12/02/19

OBSERVAÇÕES

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

DOCUMENTO DE FORTALEÇA OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

RECIFE

LOCAL

DATA

13/02/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

Director Presidente DETRAN/PE

EXCELSIOR SEGUROS

19 SET. 2019

SEGURO DPVAT

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Maria Gilda Florentino de Menezes
DATA DO ACIDENTE 18/08/17 CPF DA VITIMA _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

EXCELSIOR SEGUROS

19 SET. 2019

SEGURO DPVAT

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 19/09/19

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 19/09/19

NOME _____

ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190540872 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MINEGILDO FLORENTINO DE MEDEIROS **Data do acidente:** 18/08/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 2

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG 2
VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 2013333249 EM NÍVEL INTENSO PARA O TORNOZELO ESQUERDO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0325273/19

Vítima: MINEGILDO FLORENTINO DE MEDEIROS

CPF: 766.276.324-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/08/2017

Titular do CPF: MINEGILDO FLORENTINO DE MEDEIROS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA : 059.058.754-48

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

MINEGILDO FLORENTINO DE MEDEIROS : 766.276.324-20

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

Data da entrega: 19/09/2019
Nome: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA
CPF: 059.058.754-48

MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/09/2019
Nome: GUSTAVO CESAR MOREIRA DE MACEDO
CPF: 010.709.184-40

GUSTAVO CESAR MOREIRA DE MACEDO

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190540872

Vítima: MINEGILDO FLORENTINO DE MEDEIROS

Data do Acidente: 18/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MINEGILDO FLORENTINO DE MEDEIROS

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

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190540872

Vítima: MINEGILDO FLORENTINO DE MEDEIROS

Data do Acidente: 18/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MINEGILDO FLORENTINO DE MEDEIROS

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 18/08/2017, emitido pelo Dr. MARCELO CORREIA CRM nº 19647 - PE, da Instituição UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE CAXANGÁ, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190540872

Vítima: MINEGILDO FLORENTINO DE MEDEIROS

Data do Acidente: 18/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MINEGILDO FLORENTINO DE MEDEIROS

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 002ª CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VISTA - DP2ª CIRC DIM/1ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0092002442**

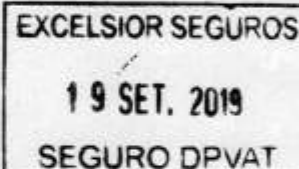


Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/09/2019** às **11:56**

ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **18/8/2017** às **20:06**

Fato ocorrido no endereço: **RUA TREZE DE MAIO, 1, DEFRENTE AO NUMERO 1047.** - Bairro: **SANTO AMARO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
MINEGILDO FLORENTINO DE MEDEIROS (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MINEGILDO FLORENTINO DE MEDEIROS

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

MINEGILDO FLORENTINO DE MEDEIROS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ONILDA SOARES DE MEDEIROS**. Data de Nascimento: **9/5/1974** Naturalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3824795/SDS/PE (RG), 76627632420 (CPF), 02662147682 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **CAIXA** Telefones Celulares: **- 984697600**

Endereço Residencial: **RUA BEIJA FLOR, 190, PROX. A RUA DO COLEGIO AUGUSTINHO - CEP: 55000-000 - Bairro: PASSARINHO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MINEGILDO FLORENTINO DE MEDEIROS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MINEGILDO FLORENTINO DE MEDEIROS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**


Placa: **KKF3354** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **894021788** Chassi: **9C2KD03107R003634**
Ano Fabricação/Modelo: **2006/2007** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE FORA SURPREENDIDO POR UM AUTOMOVEL DESCONHECIDO, O QUAL FREOU BRUSCAMENTE A SUA FRENTE; QUE DE IMEDIATO TAMBEM FREOU SUA MOTOCICLETA, DERRAPANDO NA PISTA, VINDO A TOMBAR E TER SUA PERNA ESQUERDA LESIONADA, EM VIRTUDE DA ALUDIDA MOTO

HAVER TOMBADO POR CIMA DELA. QUE, FORA SOCORRIDO PARA A UPA DA CAXANGA POR UM SEU VIZINHO; QUE NAQUELA UNIDADE DE SAUDE RECEBEU O NUMERO DE ATENDIMENTO 1056581; QUE DEPOIS DE ATENDIDO FORA ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS. EM TEMPO: FOI APRESENTADO NESTA UNIDADE POLICIAL COPIA DO ATENDIMENTO EM PAUTA.

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


MINEGILDO FLORENTINO DE MEDEIROS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **REGINALDO DAMACENA MARQUES** - Matrícula 381.130



EXCELSIOR SEGUROS
19 SET. 2019
SEGURO DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 766.276.324-20 4 - Nome completo da vítima: Minegildo Florentino de Medeiros

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

5 - Nome completo: Minegildo Florentino 6 - CPF: 766.276.324-20
7 - Profissão: Carreirista 8 - Endereço: Rua Beijo Flor 9 - Número: 190 10 - Complemento:
11 - Bairro: Passarinho 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52.170-050
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (85) 99714044

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 09475 CONTA: 32822-8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: EXCELSIOR SEGUROS
CPF:

19 SET. 2019
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: SEGURO DPVAT
CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JABOATÃO 18-09-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 18/08/2017 20:54

Nome Paciente: MINEGILDO FLORENTINO DE MEDEIROS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 09/05/1974
Sexo: Masculino
Idade: 43
Senha: OR0059
Convênio: -
Atendimento:
SAME:

Período: 18/08/2017 21:02 - 18/08/2017 21:04

GLEYDE MARQUES DA SILVA - COREN: 332312 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENCIA**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: REFERE DOR EM MIE APOS QUEDA DE MOTO

Observação: HAS -
DM -
ALERGIA -

Fluxograma sintoma: ACIDENTE DE TRANSPORTE

Discriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - P.A. SISTOLICA: 140.00 MM/HG
- P.A.DISTOLICA: 70.00 MM/HG
- TEMPERATURA(C): 36.40 C°

EXCELSIOR SEGUROS

19 SET. 2019

SEGURO DPVAT

Acolhido(a) por: GLEYDE MARQUES DA SILVA - COREN: 332312 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/08/2017 21:04