

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 SUSEP 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu CARLA MARIA FIRMINO MELO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 07672304429 / _____, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ROSIMERE BATISTA DA SILVA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.980.164-22 / _____

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ROSIMERE BATISTA DA SILVA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.980.164-22 / _____, 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 NUMERIANO ALVES BEZERRA</u>	Número: <u>37</u>	Complemento: <u>GARAGEM</u>
Bairro: <u>BOA VISTA</u>	Cidade: <u>BELO JARDIM</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>55150-020</u>	Tel.(DDD): <u>81 991686771</u>

Local e Data: BELO JARDIM 19/11/2019

Carla Maria Firmimo Melo
Assinatura do Declarante

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 SUSEP 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu CARLA MARIA FIRMINO MELO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 07672304429 / _____, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ROSIMERE BATISTA DA SILVA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.980.164-22 / _____

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ROSIMERE BATISTA DA SILVA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.980.164-22 / _____, 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: RUA NUMERIANO ALVES BEZERRA

Número: 37

Complemento: GARAGEM

Bairro: BOA VISTA

Cidade: BELO JARDIM

Estado: PE

CEP: 55150-020

E-mail: _____

Tel.(DDD): 81 991686771

Local e Data: BELO JARDIM 19/11/2019

Carla Maria Firmino Melo
Assinatura do Declarante



Prefeitura de
Belo Jardim
A mudança começa com trabalho

HOSPITAL REGIONAL DE BELO JARDIM

CNPJ: 10.260.222/0001-05

Rua Dr. Henrique Nascimento, s/nº

Belo Jardim - PE - CEP: 55.150-000

Fone: (0**81) 3726.2233

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Resimere Batista
da Silva residente Rua 01 Nº 07
Frei Danio esteve internado
neste Hospital no período de 14.07.2019 à
_____ com diagnóstico de CID:
_____ prontuário nº _____.

OBS: O original se encontra disponível ao INSS para averiguação neste arquivo.

OBS: Por motivo de danificação dos prontuários os mesmos estão sendo refeitos.

Belo Jardim 31/07/19

Karla Cybele
Diretora Adjunta
HJAL / UPA 24 HS
KCS

Responsável

ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

PACIENTE:

REGISTRO:

DADOS CLÍNICOS:

EXAMES COMPLEMENTARES / RESULTADO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CONDUTA ADOTADA:

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO:

ENCAMINHADO PARA:

DATA

NOME

CRM

UNIDADE ESPECIALISTA:

EXAMES CLÍNICOS:

EXAMES COMPLEMENTARES:

PARECER DO ESPECIALISTA:

TRATAMENTO PROPOSTO:

LOCAL: NA UNIDADE DE ORIGEM ☐
NA UNIDADE DE REFERÊNCIA ☐
OUTRO SERVIÇO ☐

NOME

CRM

DATA

Data	Hora	Evolução Clínica e Prescrição Médica	Relatório de Enfermagem
14/11/17	21h	Acidente motor lístico, lesão em MSE e MMT. José Maurício Leite Médico CREME 9219	acidente motor lístico, lesão em MSE e MMT. Juliana Costa Torres Enfermeira CRM-PE 499 761
14/11/17	21:30	Paracetamol 100) 1V 50, 91, 100) 1V	22:00
		2) Dorx + ASD, 1V	22:00
		3) Captopril 25, 2 qd	22:00
		4) Paracetamol	
10-		Roto - 2 de ombros bilaterais	

CONDIÇÕES DE ALTA

- ☐ Curado
☒ Melhorado
☐ Inalterado
☐ Piorado
- ☐ Óbito
☐ + 48 horas
☐ - 48 horas

Em: 14/11/17
Hora: 21:40

MOTIVO DE ALTA

- ☒ Decisão Médica
☐ Alta Pedida
☐ Transferência
☐ Indisciplina

Transferido para:

Diagnóstico Definitivo:

Observação:

Data:

14/11/17

Surtado em casa
 Hospital de Referência
 Fone: 572 7474

José Maurício Leite
 Médico
 CREME 9219

José Maurício Leite
 Médico
 CREME 9219

amaria.

 Prefeitura de Belo Jardim A mudança começa com trabalho SECRETARIA DE SAÚDE	SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR		Registro Nº: _____ Data: <u>14.07.19</u> Hora: <u>20:25h</u>
---	--	--	---

Unidade de Saúde: **HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA**

PACIENTE	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): <u>84800292445389</u>	DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF: _____
	Nome: <u>Kedione Batista da Silva</u>	Idade: <u>44a</u>
	Data de Nascimento: <u>28.09.74</u>	Sexo: <u>M</u> Cor: <u>Branca</u> Estado Civil: <u>Solteira</u>
	Naturalidade: <u>S. B. U.</u>	Profissão: <u>Agricultora</u>
	Endereço: <u>R. Com, 07- Fria da Moura</u>	
	Procedência: _____	Telefone: _____

RESPONSÁVEL	Responsável: <u>a mesma</u>	Parentesco: _____
	Endereço: _____	Fone: _____
	Trazido por: _____	
	Endereço: _____	Fone: _____

OCORRÊNCIA	Local do Acidente: _____	Data: ____/____/____	Hora: _____
	NATUREZA DO ACIDENTE	☐ Casual ☐ Queda ☐ Acid. do Trabalho	☒ Acid. do Trânsito ☐ Intoxicação ☐ Agressão
		☐ Tentativa de Suicídio ☐ Outras Causas	

ATENÇÃO MÉDICA	Atendimento: ☒ Clínico ☐ Cirúrgico
	História da Doença Atual: <u>Doença de mão e pé</u>
	<u>em ambos os membros</u>
	<u>fez 120g</u>

ATENÇÃO MÉDICA	EXAME - FÍSICO			
	Pressão Arterial: <u>100 x 100</u>	Pulso: _____	Temperatura: _____	Peso: _____
				Alergia: (-)
				HAS: (-)
				DM: (-)
	Diagnóstico Prov. Clínico: <u>HB + Hb + Hb + Hb + Hb</u>			
<u>HB + Hb + Hb + Hb + Hb</u>				

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: _____ Internamento

Dr. Leonardo Canêjo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 13783 SECT 1115

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ Médico: _____ CRM: _____



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 525462

Prontuário: 341837

Nome: ROSIMERE BATISTA DA SILVA

Data Nasc.: 28/09/1974

Idade: 44

Sexo: FEMININO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 898002924975389

Endereço: RUA JOAO DEMETRIO SOBRINHO

Nº: 7

Bairro: COHAB-LL

Cidade: BELO JARDIM

Estado: PE

CEP: 55152270

Fone: 989171570

Profissão: AGRICULTOR

Nome da Mãe: QUITERIA BATISTA DA SILVA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 15/07/2019 11:20

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

- Trauma com omissão
680. APOS OCUA

Exame Físico:

PA: FC: FR:

sem omissão (6)

Diag. Provisório:

Trauma
fratura do osso proximal
Típico

Prescrição:

Dieta:

DATA 15 07 19

Data

Horário

1 @ Rx. Omissão (5)
Intervenção

Assinatura
Data 15/07/2019



Paciente: Rosimere Batista da Silva

Data do exame: 06/12/2019

Idade: 45 anos

ULTRASSONOGRAFIA DE OMBRO

Exame realizado com transdutor linear de alta resolução com frequência.

Tendão do cabo longo do bíceps de calibre e ecotextura normal. O mesmo localiza-se na goteira bicipital, sem evidência de luxação à manobra de rotação externa do braço. Não há sinais de derrame articular.

Tendão subescapular: Apresenta ecotextura e morfologia dentro dos limites da normalidade para este método.

Tendão Supraespinhal: Apresenta ecotextura e morfologia dentro dos limites da normalidade para este método.

Tendão Infraespinhal: Sinais ecográficos sugestivos de pequena ruptura parcial transfixante das fibras do tendão infraespinhal, medindo: 0,6 x 0,3 cm

Superfície óssea adjacente sem irregularidades.

Bursa subacromial e subdeltoidea de espessura normal.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

- Sinais ecográficos sugestivos de pequena ruptura do tendão infraespinhal.

PEDRO SILVA
CRM/PE 22541

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.



Prefeitura de
Belo Jardim
A mudança começa com trabalho

HOSPITAL REGIONAL DE BELO JARDIM

CNPJ: 10.260.222/0001-05

Rua Dr. Henrique Nascimento, s/nº

Belo Jardim - PE - CEP: 55.150-000

Fone: (0**81) 3726.2233

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Resimere Batista
da Silva residente Rua 01 Nº 07
Frei Danio esteve internado
neste Hospital no período de 14.07.2019 à
_____ com diagnóstico de CID:
_____ prontuário nº _____.

OBS: O original se encontra disponível ao INSS para averiguação neste arquivo.

OBS: Por motivo de danificação dos prontuários os mesmos estão sendo refeitos.

Belo Jardim 31/07/19

Karla Cybele
Diretora Adjunta
HJAL / UPA 24 HS
KCS

Responsável

ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

PACIENTE:

REGISTRO:

DADOS CLÍNICOS:

EXAMES COMPLEMENTARES / RESULTADO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CONDUTA ADOTADA:

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO:

ENCAMINHADO PARA:

DATA

NOME

CRM

UNIDADE ESPECIALISTA:

EXAMES CLÍNICOS:

EXAMES COMPLEMENTARES:

PARECER DO ESPECIALISTA:

TRATAMENTO PROPOSTO:

LOCAL: NA UNIDADE DE ORIGEM ☐
NA UNIDADE DE REFERÊNCIA ☐
OUTRO SERVIÇO ☐

NOME

CRM

DATA

Data	Hora	Evolução Clínica e Prescrição Médica	Relatório de Enfermagem
14/11/17	21h	Acidente motor lístico, lesão em MSE e MMT. José Maurício Leite Médico CREME 9219	acidente motor lístico, lesão em MSE e MMT. Juliana Costa Torres Enfermeira CRM-PE 499 761
14/11/17	21:30	Paracetamol 100) 1V 50, 91, 100) 1V	22:00
		2) Dorx + ASD, 1V	22:00
		3) Captopril 25, 2 qd	22:00
		4) Paracetamol	
10-		Roto - 2 de ombros bilaterais	

CONDIÇÕES DE ALTA

- ☐ Curado
☒ Melhorado
☐ Inalterado
☐ Piorado
- ☐ Óbito
☐ + 48 horas
☐ - 48 horas

Em: 14/11/17
Hora: 21:40

MOTIVO DE ALTA

- ☒ Decisão Médica
☐ Alta Pedida
☐ Transferência
☐ Indisciplina

Transferido para:

Diagnóstico Definitivo:

Observação:

Data:

14/11/17

Surtado em casa
 Hospital de Referência
 Fone: 572 7474

José Maurício Leite
 Médico
 CREME 9219

José Maurício Leite
 Médico
 CREME 9219

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: _____ Internamento **Dr. Leonardo Canêjo**
Ortopedia - Traumatologia
CRM 13783 SECT 1115

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ Médico: _____ CRM: _____



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 525462

Prontuário: 341837

Nome: ROSIMERE BATISTA DA SILVA

Data Nasc.: 28/09/1974

Idade: 44

Sexo: FEMININO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 898002924975389

Endereço: RUA JOAO DEMETRIO SOBRINHO

Nº: 7

Bairro: COHAB-LL

Cidade: BELO JARDIM

Estado: PE

CEP: 55152270

Fone: 989171570

Profissão: AGRICULTOR

Nome da Mãe: QUITERIA BATISTA DA SILVA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 15/07/2019 11:20

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

- Trauma com o ombro
680. Anos atrás

Exame Físico:

PA: FC: FR:

sem ombro (6)

Diag. Provisório:

Trauma
fratura do osso proximal
Típico

Prescrição:

Dieta:

DATA 15 07 19

Data

Horário

1 @ Rx. Ombro (5)
Intervenção

Assinatura
Data: 15/07/2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1566817717

PERNAMBUCO

ASSISTENTE DE SERVIÇO
Director Presidente
Cláudio Antônio Sousa Ribeiro

1566817717

11/05/2018

DATA EMISSÃO

CANAUDE, PE

LOCAL

Paula Maria F. F. Melo

ASSISTENTE DE SERVIÇO

1566817717

09/09/2013

DATA EMISSÃO

05874520618

NR REGISTRO

076.723.044-25

CNPJ

1566817717

08/03/1988

DATA NASCIMENTO

1566817717

0179608 RDD PE

DOC IDENTIDADE / CÓD. EMISSOR / UF

1566817717

05874520618

NR REGISTRO

1566817717

09/09/2013

DATA NASCIMENTO

1566817717

05874520618

NR REGISTRO

1566817717

09/09/2013

DATA NASCIMENTO

1566817717

05874520618

NR REGISTRO

1566817717

09/09/2013

DATA NASCIMENTO

1566817717

05874520618

NR REGISTRO

1566817717

09/09/2013

DATA NASCIMENTO

1566817717

05874520618

NR REGISTRO

1566817717

09/09/2013

DATA NASCIMENTO

1566817717

05874520618

NR REGISTRO

1566817717

09/09/2013

DATA NASCIMENTO

1566817717

05874520618

NR REGISTRO

1566817717

09/09/2013

DATA NASCIMENTO

1566817717

05874520618

NR REGISTRO

1566817717

09/09/2013

DATA NASCIMENTO

1566817717

05874520618

NR REGISTRO

1566817717

09/09/2013

DATA NASCIMENTO

1566817717

05874520618

NR REGISTRO

1566817717

09/09/2013

DATA NASCIMENTO

1566817717

05874520618

NR REGISTRO

1566817717

09/09/2013

DATA NASCIMENTO

1566817717

05874520618

NR REGISTRO

1566817717

09/09/2013

DATA NASCIMENTO

1566817717

05874520618

NR REGISTRO

1566817717

09/09/2013

DATA NASCIMENTO

1566817717

05874520618

NR REGISTRO

1566817717

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

Assinatura do Detentor

CPF 039.980.184-22

Nome: ROSIMERE BATISTA DA SILVA

Distrito: SÃO BENTO DO UNA - PE 27.10.1978 >>

Doc. Identific: << CN 5707.1.03-4-F115V-CERT 10

DATA DE NASCIMENTO: 28/09/1974

LOCAL DE NASCIMENTO: SÃO BENTO DO UNA - PE

PROFISSÃO: << CULTURA BATISTA DA SILVA >>

ENDEREÇO: << SEVERINO BATISTA DA SILVA >>

MUNICÍPIO: << ROSIMERE BATISTA DA SILVA >>

RG: 6.459.543

DATA DE EMISSÃO: 11/09/2015

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-5

Nome: ROSIMERE BATISTA DA SILVA

CPF: 039.980.184-22

Distrito: SÃO BENTO DO UNA - PE 27.10.1978 >>

Doc. Identific: << CN 5707.1.03-4-F115V-CERT 10

DATA DE NASCIMENTO: 28/09/1974

LOCAL DE NASCIMENTO: SÃO BENTO DO UNA - PE

PROFISSÃO: << CULTURA BATISTA DA SILVA >>

ENDEREÇO: << SEVERINO BATISTA DA SILVA >>

MUNICÍPIO: << ROSIMERE BATISTA DA SILVA >>

RG: 6.459.543

DATA DE EMISSÃO: 11/09/2015

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ROSIMERE BATISTA DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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

PROIBIDO PLASTIFICAR
1566817717

PERNAMBUCO

ASSISTENTE DO SERVIÇO
 Diretor Presidente
 Cláudio Antônio Soares Ribeiro

DATA EMISSÃO
 11/05/2018

LOCAL
 CARUARU, PE

ASSISTENTE DO PORTADOR
 Paula Maria F. F. N. Melo

DATA EMISSÃO
 11/05/2018

DATA EMISSÃO
 09/09/2013

DATA EMISSÃO
 23/11/2022

DATA EMISSÃO
 08/01/1988

DATA EMISSÃO
 076.723.044-25

DATA EMISSÃO
 08/01/1988

DATA EMISSÃO
 076.723.044-25

DATA EMISSÃO
 08/01/1988

DATA EMISSÃO
 076.723.044-25

DATA EMISSÃO
 08/01/1988

DATA EMISSÃO
 076.723.044-25

DATA EMISSÃO
 08/01/1988

DATA EMISSÃO
 076.723.044-25

DATA EMISSÃO
 08/01/1988

DATA EMISSÃO
 076.723.044-25

DATA EMISSÃO
 08/01/1988

DATA EMISSÃO
 076.723.044-25

DATA EMISSÃO
 08/01/1988

DATA EMISSÃO
 076.723.044-25

DATA EMISSÃO
 08/01/1988

DATA EMISSÃO
 076.723.044-25

DATA EMISSÃO
 08/01/1988

DATA EMISSÃO
 076.723.044-25

DATA EMISSÃO
 08/01/1988

DATA EMISSÃO
 076.723.044-25

DATA EMISSÃO
 08/01/1988

DATA EMISSÃO
 076.723.044-25

DATA EMISSÃO
 08/01/1988

DATA EMISSÃO
 076.723.044-25

DATA EMISSÃO
 08/01/1988

DATA EMISSÃO
 076.723.044-25

DATA EMISSÃO
 08/01/1988

DATA EMISSÃO
 076.723.044-25

DATA EMISSÃO
 08/01/1988

DATA EMISSÃO
 076.723.044-25

DATA EMISSÃO
 08/01/1988

DATA EMISSÃO
 076.723.044-25

DATA EMISSÃO
 08/01/1988

DATA EMISSÃO
 076.723.044-25

DATA EMISSÃO
 08/01/1988

DATA EMISSÃO
 076.723.044-25

DATA EMISSÃO
 08/01/1988

DATA EMISSÃO
 076.723.044-25

DATA EMISSÃO
 08/01/1988

DATA EMISSÃO
 076.723.044-25

DATA EMISSÃO
 08/01/1988

DATA EMISSÃO
 076.723.044-25

DATA EMISSÃO
 08/01/1988

DATA EMISSÃO
 076.723.044-25

DATA EMISSÃO
 08/01/1988

DATA EMISSÃO
 076.723.044-25

DATA EMISSÃO
 08/01/1988

DATA EMISSÃO
 076.723.044-25

DATA EMISSÃO
 08/01/1988

DATA EMISSÃO
 076.723.044-25

DATA EMISSÃO
 08/01/1988

DATA EMISSÃO
 076.723.044-25

DATA EMISSÃO
 08/01/1988

DATA EMISSÃO
 076.723.044-25

DATA EMISSÃO
 08/01/1988

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Comércios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416035/19

Vítima: ROSIMERE BATISTA DA SILVA

CPF: 039.980.164-22

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 14/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROSIMERE BATISTA DA
SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CARLA MARIA FIRMINO MELO : 076.723.044-29

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

ROSIMERE BATISTA DA SILVA : 039.980.164-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

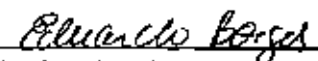
Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/11/2019
Nome: CARLA MARIA FIRMINO MELO
CPF: 076.723.044-29

CARLA MARIA FIRMINO MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06


Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

Carla

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA ROSIMERE BATISTA DA SILVA
DATA DO ACIDENTE 14/07/2019 CPF DA VITIMA 039.980.164-22
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO CARLA MARIA FIRMINO MELO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL CUIO PARANTESCO COM A VITIMA E PROCURADORA
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA NUMERIANO ALVES BEZERRA
Nº 37 COMPLEMENTO GARAGEM BAIRRO CENTRO
CIDADE BELO JARDIM UF PE CEP 55150-020
E-MAIL carlafirminomele@hotmail.com TELEFONE (81) 991686771

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 CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) 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 CONFIRMEM 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 E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 13 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

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 SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS 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 CONFIRMEM 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)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 13 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA
IDENTIDADE 9179808 SDS-PE
ASSINATURA Carla Maria Firmino Melo

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443898/19

Vítima: ROSIMERE BATISTA DA SILVA

CPF: 039.980.164-22

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 14/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROSIMERE BATISTA DA
SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CARLA MARIA FIRMINO MELO : 076.723.044-29

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

ROSIMERE BATISTA DA SILVA : 039.980.164-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

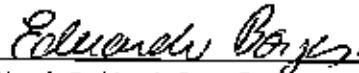
Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/12/2019
Nome: CARLA MARIA FIRMINO MELO
CPF: 076.723.044-29

CARLA MARIA FIRMINO MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06


Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Comércios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416035/19

Vítima: ROSIMERE BATISTA DA SILVA

CPF: 039.980.164-22

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 14/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROSIMERE BATISTA DA
SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CARLA MARIA FIRMINO MELO : 076.723.044-29

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

ROSIMERE BATISTA DA SILVA : 039.980.164-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

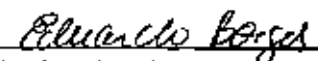
Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/11/2019
Nome: CARLA MARIA FIRMINO MELO
CPF: 076.723.044-29

CARLA MARIA FIRMINO MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06


Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

Carla

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA ROSIMERE BATISTA DA SILVA
DATA DO ACIDENTE 14/07/2019 CPF DA VITIMA 039.980.164-22
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO CARLA MARIA FIRMINO MELO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL CUIO PARANTESCO COM A VITIMA E PROCURADORA
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA NUMERIANO ALVES BEZERRA
Nº 37 COMPLEMENTO GARAGEM BAIRRO CENTRO
CIDADE BELO JARDIM UF PE CEP 55150-020
E-MAIL carlafirminomele@hotmail.com TELEFONE (81) 991686771

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 CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) 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) BOLETIN 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 CONFIRMEM 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 E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

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 SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS 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 CONFIRMEM 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)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA
IDENTIDADE 9179808 SDS-PE
ASSINATURA Carla Maria Firmino Melo

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190657805 **Cidade:** Belo Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSIMERE BATISTA DA SILVA **Data do acidente:** 14/07/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO. P.5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.6

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: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

PROCURAÇÃO

Outorgante Rosimere Batista da Silva, brasileiro (a), **ESTADO CIVIL**
solteira, profissão nao possui, residente e domiciliado à
Rua um, nº 7, bairro Walter Freire Damiao, Município de
Belo Jardim, Estado PE.
CEP: 55150-000 portador(a) do RG nº 6759.343 909-JE e
CPF nº 039.980.164-22

Outorgado: CARLA MARIA FIRMINO MELO, brasileiro (a), estado civil **SOLTEIRA**,
profissão **RECUSOU**, residente e domiciliado(a) à **Rua NUMERIANO ALVES BEZERRA**,
nº 37., bairro: **CENTRO**. Município de **BELO JARDIM**, Estado de (o). **PERNAMBUCO**
CEP: **55150-020**, portador (a) do RG nº **9 179 608**. SDS/ **PE**. e CPF nº **076.723.044-29**.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a)
outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT para atuar no processo de natureza
Invalididez, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a)
Sr.(a) Rosimere Batista da Silva CPF: 039.980.164-22
ocorrido em 14/10/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse,
podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar
Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o
pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar
todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos
necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Belo Jardim, 08 de Novembro de 2019.



Rosimere Batista da Silva

Outorgante
CPF Nº 039.980.164-22

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE BELO JARDIM - PE
Titular: BERTOLDO VIRGÍNIO DIAS DOS SANTOS
Telefone: (81) 3726-2588

Reconheço por Autenticidade a firma de ROSIMERE BATISTA
DA SILVA. Dou fé. Belo Jardim/PE, 08/11/2019. Emol: R\$
3,59; TSNR: 0,80; FERM: R\$ 0,04; FUNSEG: R\$ 0,08; PERC:
0,40; Total: R\$ 4,91

Maria Luciana da Silva
ESCREVENTE AUTORIZADA

Selo: 0131425.MDW10201903.00380 08/11/2019 14:23:22
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/acodigital



PROCURAÇÃO

Outorgante Rosimere Batista da Silva, brasileiro (a), **ESTADO CIVIL**
solteira, profissão nao possui, residente e domiciliado à
Rua um, nº 7, bairro Walter Freire Damiao, Município de
Belo Jardim, Estado PE.
CEP: 55150-000 portador(a) do RG nº 6759.343 909-JE e
CPF nº 039.980.164-22

Outorgado: CARLA MARIA FIRMINO MELO, brasileiro (a), estado civil **SOLTEIRA**,
profissão **RECUSOU**, residente e domiciliado(a) à **Rua NUMERIANO ALVES BEZERRA**,
nº 37., bairro: **CENTRO**. Município de **BELO JARDIM**, Estado de (o). **PERNAMBUCO**
CEP: **55150-020**, portador (a) do RG nº **9 179 608**. SDS/ **PE**. e CPF nº **076.723.044-29**.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a)
outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT para atuar no processo de natureza
Invalididez, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a)
Sr.(a) Rosimere Batista da Silva CPF: 039.980.164-22
ocorrido em 14/10/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse,
podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar
Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o
pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar
todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos
necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Belo Jardim, 08 de Novembro de 2019.



Rosimere Batista da Silva

Outorgante
CPF Nº 039.980.164-22

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE BELO JARDIM - PE
Titular: BERTOLDO VIRGÍNIO DIAS DOS SANTOS
Telefone: (81) 3726-2588

Reconheço por Autenticidade a firma de ROSIMERE BATISTA
DA SILVA. Dou fé. Belo Jardim/PE, 08/11/2019. Emol: R\$
3,59; TSNR: 0,80; FERM: R\$ 0,04; FUNSEG: R\$ 0,08; PERC:
0,40; Total: R\$ 4,91

Maria Luciana da Silva
ESCREVENTE AUTORIZADA

Selo: 0131425.MDW10201903.00380 08/11/2019 14:23:22
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/acodigital



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416035/19

Vítima: ROSIMERE BATISTA DA SILVA

CPF: 039.980.164-22

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 14/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROSIMERE BATISTA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CARLA MARIA FIRMINO MELO : 076.723.044-29

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

ROSIMERE BATISTA DA SILVA : 039.980.164-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/11/2019
Nome: CARLA MARIA FIRMINO MELO
CPF: 076.723.044-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

CARLA MARIA FIRMINO MELO

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443898/19

Vítima: ROSIMERE BATISTA DA SILVA

CPF: 039.980.164-22

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 14/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROSIMERE BATISTA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CARLA MARIA FIRMINO MELO : 076.723.044-29

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

ROSIMERE BATISTA DA SILVA : 039.980.164-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/12/2019
Nome: CARLA MARIA FIRMINO MELO
CPF: 076.723.044-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

CARLA MARIA FIRMINO MELO

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190657805

Vítima: ROSIMERE BATISTA DA SILVA

Data do Acidente: 14/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLA MARIA FIRMINO MELO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSIMERE BATISTA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190657805

Vítima: ROSIMERE BATISTA DA SILVA

Data do Acidente: 14/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ROSIMERE BATISTA DA SILVA

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 16/07/2019, emitido pelo Dr. ROGERIO FERREIRA CRM nº 12589 - PE, da Instituição HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

Marinara Batista da Silva

6 - CPF:

039.980.164-22

7 - Profissão:

Não possui

8 - Endereço:

Rua um

9 - Número:

1

10 - Complemento:

Carla

11 - Bairro:

lato pro Danica

12 - Cidade:

Belo Jardim

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55150-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

8119569-0261

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:

☒ RECURSO 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0173

CONTA:

40573

1

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

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 a aqueles 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Belo Jardim 08/11/19

Marinara Batista da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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:

039.980.164-22

4 - Nome completo da vítima:

Rosimere Batista da Silva

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

5 - Nome completo:

Rosimere Batista da Silva

6 - CPF:

039.980.164-22

7 - Profissão:

Não possui

8 - Endereço:

Rua um

9 - Número:

1

10 - Complemento:

Carre

11 - Bairro:

Matto Grosso

12 - Cidade:

Cabo Fardim

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55150-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

8119569-0261

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0173

CONTA:

40573

1

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

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 a aqueles 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Cabo Fardim 08/11/19

Rosimere Batista da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Bandeira do Estado
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 104ª CIRCUNSCRIÇÃO - BELO JARDIM - DP104ªCIRC
DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0194002791

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/11/2019** às **10:05**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **14/7/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BELO JARDIM, 1, ENTRADA DO FREI DAMIÃO -**
Bairro: **CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSÉ FERREIRA DA SILVA (OUTRO)
ROSIMERE BATISTA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ FERREIRA DA SILVA



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

ROSIMERE BATISTA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: QUITERIA BATISTA DA SILVA Pai: SEVERINO BATISTA DA SILVA Data de Nascimento: 28/9/1974 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BELO JARDIM, 7, UA UM, FREI DAMIÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSÉ FERREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARGARIDA MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: LUIZ FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento: 8/10/1964 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BELO JARDIM, 1, RUA CINCO, FREI DAMIÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

AUTOMÓVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ FERREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ FERREIRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFO0176 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

INFORMA A SRA. ROSIMERE QUE SEGUIA NA GARUPA DA MOTOCICLETA INFORMADA ANTERIORMENTE, QUE ESTAVAM NA VIA QUE SAI DO FREI DAMIÃO E QUE FORAM ATINGIDOS POR VEÍCULO QUE SEGUIA PELA BR 232 E ENTROU PARA O FREI DAMIÃO. DO ACIDENTE A VÍTIMA APRESENTA XEROX DOS SEGUINTE DOCUMENTOS: CRLV DA MOTOCICLETA, RG E CPF DO CONDUTOR (NÃO APRESENTOU CNH E ACREDITA NÃO SER ELE HABILITADO), DECLARAÇÃO E FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR DO HOSPITAL REGIONAL DE BELO JARDIM E FICHA DE ATENDIMENTO/IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE/EMERGÊNCIA. A VÍTIMA DIZ NÃO CONHECER O OUTRO ENVOLVIDO NA COLISÃO, PORÉM ELE É CONHECIDO DO PILOTO DA MOTOCICLETA.

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

Rosimere Batista da Silva

ROSIMERE BATISTA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MANOELA TAVARES CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE** - Matrícula: **3875741**



Bandeira do Estado
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 104ª CIRCUNSCRIÇÃO - BELO JARDIM - DP104ªCIRC
DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0194002791

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/11/2019** às **10:05**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **14/7/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BELO JARDIM, 1, ENTRADA DO FREI DAMIÃO -**
Bairro: **CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSÉ FERREIRA DA SILVA (OUTRO)
ROSIMERE BATISTA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ FERREIRA DA SILVA



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

ROSIMERE BATISTA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: QUITERIA BATISTA DA SILVA Pai: SEVERINO BATISTA DA SILVA Data de Nascimento: 28/9/1974 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BELO JARDIM, 7, UA UM, FREI DAMIÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSÉ FERREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARGARIDA MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: LUIZ FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento: 8/10/1964 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BELO JARDIM, 1, RUA CINCO, FREI DAMIÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

AUTOMÓVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ FERREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ FERREIRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFO0176 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

INFORMA A SRA. ROSIMERE QUE SEGUIA NA GARUPA DA MOTOCICLETA INFORMADA ANTERIORMENTE, QUE ESTAVAM NA VIA QUE SAI DO FREI DAMIÃO E QUE FORAM ATINGIDOS POR VEÍCULO QUE SEGUIA PELA BR 232 E ENTROU PARA O FREI DAMIÃO. DO ACIDENTE A VÍTIMA APRESENTA XEROX DOS SEGUINTE DOCUMENTOS: CRLV DA MOTOCICLETA, RG E CPF DO CONDUTOR (NÃO APRESENTOU CNH E ACREDITA NÃO SER ELE HABILITADO), DECLARAÇÃO E FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR DO HOSPITAL REGIONAL DE BELO JARDIM E FICHA DE ATENDIMENTO/IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE/EMERGÊNCIA. A VÍTIMA DIZ NÃO CONHECER O OUTRO ENVOLVIDO NA COLISÃO, PORÉM ELE É CONHECIDO DO PILOTO DA MOTOCICLETA.

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

Rosimere Batista da Silva

ROSIMERE BATISTA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MANOELA TAVARES CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE** - Matrícula: **3875741**



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:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

Marinara Batista da Silva

6 - CPF:

039.980.164-22

7 - Profissão:

Não possui

8 - Endereço:

Rua um

9 - Número:

1

10 - Complemento:

Carre

11 - Bairro:

lato pro Danica

12 - Cidade:

Belo Jardim

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55150-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

18119569-0261

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0173

CONTA:

40573

1

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

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 a aqueles 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Belo Jardim 08/11/19

Marinara Batista da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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:

039.980.164-22

4 - Nome completo da vítima:

Rosimere Batista da Silva

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

5 - Nome completo:

Rosimere Batista da Silva

6 - CPF:

039.980.164-22

7 - Profissão:

Não possui

8 - Endereço:

Rua um

9 - Número:

1

10 - Complemento:

Carre

11 - Bairro:

Matto Grosso

12 - Cidade:

Cabo Fardim

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55150-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

8119569-0261

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0173

CONTA:

40573

1

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

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 a aqueles 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Cabo Fardim 08/11/19

Rosimere Batista da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

 Prefeitura de
Belo Jardim
A mudança começa com trabalho
SECRETARIA DE SAÚDE

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. LUIZ DE BARROS III, 304 VISTA
RECIFE - PERNAMBUCO
CEP: 50050-900
CNPJ: 17.899.992/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0008942-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 24.04.02
COMERCIAL - 113 - PRONTIDÃO 113
Atendimento ao cliente audido ou de fala: 0800 232 0242
Ouvidoria: 0800 232 8888
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco - ARSP: 0800 707 0157
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 157
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE: JOSE FERREIRA DA SILVA	DATA DE VENCIMENTO 18/11/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 09/11/2019	CONTA CONTRATO 7025723877
ENDEREÇO RUA UM 7 - RESIDENCIAL - LOTTO FREI DAMIÃO/BELO JARDIM - 55150-000 BELO JARDIM PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 59,63	DATA DA APRESENTAÇÃO 09/11/2019	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
		NÚMERO DA NOTA FISCAL 083904890	

PERÍODO CONSUMO 09/10/2019 a 09/11/2019	CONSUMO 67
---	----------------------

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 13,71

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO
------------------------------	---------------------------

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 7025723877	MÊS/ANO 11/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 59,63	VENCIMENTO 18/11/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
-------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---

838500000008 596300110070 025723877101 142850743836



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-60 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

CARLA MARIA FIRMINO MELO

CPF: 076 723 44-29

CLASSIFICAÇÃOB3 COMERCIAL
COMERCIAL**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**RUA NUMERIANO A BEZERRA 37
GARAGEMBOA VISTA/BELO JARDIM
BELO JARDIM PE
55150-020

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
084617309	UNICA	13/11/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
13/11/2019	201036682	294382

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7009352010	11/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
21/11/2019	16/12/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	40,47

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,0000000	0,78666762	23,80
Acrescimo Bancaria AMARELA			0,35
Acrescimo Bancaria VERMELHA			0,77
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,53
ICMS Subvenção-CDE-NF 077020802-11/09/19			0,22
Doação APAE - 0800 772 2722			7,00
Doação LBNV - 0600 051 5099			5,00
TOTAL DA FATURA			40,47

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
8102609	CAT	14/10/2019	8.036,00	13/11/2019	8.036,00	30	1,00000		0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	CONSUMO (KWH)
NOV 19 30	
OUT 19 30	
SET 19 30	
AGO 19 30	
JUL 19 30	
JUN 19 30	
MAY 19 30	
ABR 19 30	
MAR 19 30	
FEV 19 30	
JAN 19 30	
DEZ 18 30	
NOV 18 30	

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	24,72	5,90
PIS	24,72	0,92
COFINS	24,72	1,45

Faturado pelo Instituto de Fisco - Custo de Disponibilidade, Artigo 98, Resolução ANEEL 474/2010.

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo(kWh) 0,8463300

RESERVAÇÃO FISCAL

B5B4 SACC 3609 3CE4 1CF4 02F8 B13E 8490

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você, em qualquer horário, sem necessidade de agendamento. Não precisa de boleto nem de cartão de crédito. Consulte o site www.celpe.com.br para mais informações. A conta é compensada quando há violação no contrato de fornecimento de energia elétrica. A compensação é feita em 15 dias úteis após a data de vencimento da conta. A compensação é feita em 15 dias úteis após a data de vencimento da conta. A compensação é feita em 15 dias úteis após a data de vencimento da conta.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 474/2010), de fato, se aplicam, sem que seja necessário a assinatura de qualquer documento, para a prestação de serviços de distribuição de energia elétrica e para o fornecimento de energia elétrica.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONSUMO	VALOR ANUAL	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
BELO JARDIM	0,00	0,00	0,00	0,00
BELO JARDIM	0,00	0,00	0,00	0,00
BELO JARDIM	0,00	0,00	0,00	0,00

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	202 - 231

Limite DCE: 12,22 BUSD - Valor de Encargos de Uso do Sistema de Distribuição - REE 205

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7009352010	11/2019	21/11/2019	40,47

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. LUIZ DE BARROS III, 304 VILA
RECIFE - PERNAMBUCO
CEP: 50050-900
CNPJ: 17.899.992/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0008942-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 24.04.02
COMERCIAL - 113 - PRONTIDÃO 113
Atendimento ao cliente audido ou de fala: 0800 232 1241
Ouvidoria: 0800 232 8888
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco - ARSP: 0800 707 0157
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 157
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE: JOSE FERREIRA DA SILVA	DATA DE VENCIMENTO 18/11/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 09/11/2019	CONTA CONTRATO 7025723877
ENDEREÇO RUA UM 7 - RESIDENCIAL - LOTTO FREI DAMIÃO/BELO JARDIM - 55150-000 BELO JARDIM PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 59,63	DATA DA APRESENTAÇÃO 09/11/2019	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
		NÚMERO DA NOTA FISCAL 083904890	

PERÍODO CONSUMO 09/10/2019 a 09/11/2019	CONSUMO 67
---	----------------------

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 13,71

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO
------------------------------	---------------------------

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 7025723877	MÊS/ANO 11/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 59,63	VENCIMENTO 18/11/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
-------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---

838500000008 596300110070 025723877101 142850743836



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DADOS DO CLIENTE

CARLA MARIA FIRMINO MELO

CPF: 076 723 644-29

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL
COMERCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA NUNERIANO A BEZERRA 37
GARAGEM

BGA VISTA/BELO JARDIM
BELO JARDIM PE
55150-020

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
084617309	UNICA	13/11/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
13/11/2019	2010360052	294362

CONTA CONTRATO	MES/ANO
7009352010	11/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LETURA
21/11/2019	16/12/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	40,47

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,0000000	0,78666782	23,80
Acréscimo Bancaria AMARELA			0,36
Acréscimo Bancaria VERMELHA			0,77
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,53
ICMS Subvenção-CDE-NF 077020802-11/09/19			0,22
Doação APAE - 0800 712 2729			7,00
Doação LBY - 0600 051 5099			5,00

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
81028694	CAT	14/02/2019	8036,00	13/11/2019	8036,00	30	1,00000		0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Month	Year	Value
MOV	19	30
OCT	13	30
SEP	19	30
AGO	19	30
JUL	18	30
JUN	18	30
MAY	19	30
APR	19	30
MAR	19	30
FEB	19	30
JAN	18	30
DEC	18	30
NOV	18	30

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	24,72	25,00	6,18
PIS	24,72	0,92	0,23
COFINS	24,72	4,25	1,05

Calculado pelo método do fisco - Custo de Disponibilidade, Artigo 98, Resolução ANEEL nº 1.051/03.

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo (VAP)

0.04875000

WEST WARD RD TRNG

B5B4 5ACC 3B09 3CE4 1CF4 02FB B13E 0490

INFORMAÇÕES IMPORTANTES[illegible][illegible]

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERUPÇÕES

	CONJUNTO DELO JAREM	VALOR AFORADO EM 2019	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
INC		0,00	6,67	11,34	22,68
FIN		0,00	3,33	6,60	13,20
CHRG		0,00	3,33	2,20	0,00

MEYERS DE TENHÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

LEWIS & CLARK 1822

ELUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 0,35

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7000352010	11/2019	21/11/2019	40,47