



Estado de Pernambuco
Secretaria de Defesa Social
Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco
CBMPE - 3ºGB - DOP
Av. Vicente Inácio de Oliveira, KM 413, - Bairro cachoeira II, Serra Talhada/PE



SERRA TALHADA-PE, 06 de setembro de 2019.

ANDRÉ PEREIRA DA SILVA
Ten Cel BM Cmt do 3º GB

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA nº 75 / 2019 - 3ºGB - DOP

O Comandante do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco no uso das suas atribuições e por solicitação do Sr. **GEORGE CARLOS MELO LIMA**, RG 5840550 SSP/PE, CPF 008.475.324-29, residente à Rua Antônio Tomé de Souza, 573, São Cristóvão, Serra Talhada-PE, delegou que a Divisão de Operações procedesse o levantamento nos autos e emitisse a seguinte certidão, no que consta que foi deslocada a viatura AR 643 da 1ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros em Serra Talhada-PE, às 17:18h do dia 17 de março de 2019, comandada pelo CB QBMG 1/707365-8 WILLIAM JESUS MALAQUIAS LOPES, para uma ocorrência de APH (COLISÃO CARRO X MOTOCICLETA), nº B (1235754), sendo vítima o Sr. **ANTÔNIO LUIZ DA SILVA**, RG 24110743-X SDS/PE, CPF 170.169.868-45, o qual declarou que conduzia uma motocicleta no momento em que houve a colisão. A guarnição não visualizou o veículo no local da ocorrência. O acidente ocorreu no Sítio Catolé, S/N, Zona Rural, Serra Talhada-PE, e a vítima apresentava as seguintes lesões aparentes: ferimento no membro inferior esquerdo. O mesmo foi socorrido e conduzido ao Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, Serra Talhada-PE, ficando aos cuidados do Enfa. **DAMIANA VÉRAS**, CRM 023218, prontuário 99.

Após o levantamento dos dados e confecção da referida certidão pela SD QBMG 1/718240-6 **THAMARA ANGELICA BENVENUTO LEITE** e nada mais havendo nos registros e relatórios da ocorrência arquivada nesta Unidade, segue assinado por mim, CAP QOC/BM 704015-6 **WAMBERG RODRIGUES DOS SANTOS**, chefe da Divisão de Operações e certificada pelo Comandante da Unidade.

Certidão emitida através do Processo SEI nº 3900000063.002487/2019-39



Documento assinado eletronicamente por **THAMARA ANGELICA BENVENUTO LEITE**, em 06/09/2019, às 09:59, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.



Documento assinado eletronicamente por **Wamberg Rodrigues dos Santos**, em 06/09/2019, às 10:20, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.



Documento assinado eletronicamente por **ANDRÉ PEREIRA DA SILVA**, em 06/09/2019, às 12:33, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3229732** e o código CRC **8D001717**.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190561785 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO LUIZ DA SILVA **Data do acidente:** 17/03/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PARAFUSOS. P2
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190561785 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO LUIZ DA SILVA **Data do acidente:** 17/03/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PARAFUSOS. P2 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190561785 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO LUIZ DA SILVA **Data do acidente:** 17/03/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: NÃO DEFINIDO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Documento/Motivo: Documentação Médico Hospitalar

Nome do documento faltante: LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM E FOLHAS CIRÚRGICAS, EM CASO DE CIRURGIA.

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

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

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

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Antônio Luis da Silva
 portador(a) do documento de identidade nº 240110443-8 expedido por SSP
 em 18/02/2019 inscrito no CPF sob o nº 140169262-45 residente na
rua Manoel da Silva
 complemento Casa Bairro Zona Rural cidade
Serra Talhada Estado PE Data do documento 17.02.2019
 DPVAT cobertura INVALIDEZ

2. Outorgado GEORGE CARLOS MELO LIMA
 portador(a) do documento de identidade nº 5840550 expedido por SSP PE
 em 04/02/2019 inscrito no CPF sob o nº 001.495.304-29 residente na
ANTONIO TOMÉ DE SOUSA nº 573
 complemento CASA Bairro SÃO CRISTOVÃO cidade
SERRA TALHADA Estado PE

Ampla poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

5.ª de 22 de Agosto de 2019

Outorgante X Antônio Luis da Silva

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
 Titular: REGINALDO ANÍLIO DA SILVA
 Telefone: (82) 3622-4478
 Reconheço a Firma por Autenticidade de ANTONIO LUIS DA SILVA Don. Fd. Serra Talhada - PE
 verdade.) Reginaldo Anílio da Silva Titular Maria
 Lóia de Sousa-Substituta. Emol. nº 123.456.789
 0,80.FENC-R\$ 0,40.FENC-R\$ 0,04.FUNSEG-R\$ 0,08.
 Selo: 0074872 EXU08201901.03630 22/08/2019 11:05:57
 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0340242/19

Vítima: ANTONIO LUIZ DA SILVA

CPF: 170.169.868-45

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 17/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO LUIZ DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

ANTONIO LUIZ DA SILVA : 170.169.868-45

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: 01/10/2019
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

GEORGE CARLOS MELO LIMA

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0340242/19

Número do Sinistro: 3190561785

Vítima: ANTONIO LUIZ DA SILVA

CPF: 170.169.868-45

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 17/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO LUIZ DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 23/10/2019
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190561785

Vítima: ANTONIO LUIZ DA SILVA

Data do Acidente: 17/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO LUIZ 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, 08 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190561785

Vítima: ANTONIO LUIZ DA SILVA

Data do Acidente: 17/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO LUIZ DA SILVA

Em razão da falta de apresentação do(a) LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM E FOLHAS CIRÚRGICAS, EM CASO DE CIRURGIA., não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190561785

Vítima: ANTONIO LUIZ DA SILVA

Data do Acidente: 17/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO LUIZ DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: ANTONIO LUIZ DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 00000914

Conta: 0000078063-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASU

3 - CPF da vítima

4 - Nome completo da vítima

170.169.868-45 ANTONIO LUIZ DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPLEN Nº 408/2012

5 - Nome completo

6 - CPF

7 - Profissão

8 - Endereços

9 - Número

10 - Complemento

11 - Bairro

12 - Cidade

13 - Estado

14 - CEP

15 - E-mail

16 - Salário

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 E 18 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 a declaração anexa (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA

☒ RECLUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000 A R\$1.900,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

☒ CONTA POUÇANÇA (serviço para as famílias e idosos. Anote uma opção)

☐ Simples (237)

☐ Itaú (342)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 914 13

CONTA: 78063 5

AGÊNCIA: 000

CONTA: 000

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

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

☒ Não há IML que atenda a registro do acidente ou de minha residência; ou

☐ O IML que atenda a registro do acidente ou de minha residência não realizou perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a registro do acidente ou de minha residência realizou perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima, 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 e/ou a avaliação da Seguros Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 8.213/91, art. 20, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou remissão ao direito de indenização, caso contrário do que consta no documento.

DECLARAÇÃO DE ÔNICO BENEFICIÁRIO - PRESENCIAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Grande Beneficiário da vítima

24 - Vítima (abaixo do beneficiário) ☐ Sim ☐ Não

25 - Se a vítima deixou sobrinho(a), informar o nome completo

26 - Vítima tem filhos?

☐ Sim ☐ Não

27 - Se filha única, informar

Vitória

28 - Vítima deixou

29 - Vítima deixou

30 - Vítima deixou

31 - Vítima deixou

32 - Se filha única, informar

33 - Vítima deixou

34 - Vítima deixou

35 - Vítima deixou

36 - Vítima deixou

37 - Vítima deixou

38 - Vítima deixou

39 - Vítima deixou

40 - Vítima deixou

41 - Vítima deixou

42 - Vítima deixou

43 - Vítima deixou

44 - Vítima deixou

45 - Vítima deixou

46 - Vítima deixou

47 - Vítima deixou

48 - Vítima deixou

49 - Vítima deixou

50 - Vítima deixou

51 - Vítima deixou

52 - Vítima deixou

53 - Vítima deixou

54 - Vítima deixou

55 - Vítima deixou

56 - Vítima deixou

Entro em contato com a Seguros Lider para pagar, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquele beneficiário que eu represento e aprovar este pedido, estando ciente, ainda, de que qualquer erro 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.

36 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não elidido

37 - Nome legível de quem assina o pedido

38 - CPF legível de quem assina o pedido

39 - (*) Assinatura de quem assina o pedido

38 - 13 | Nome

CPF

Assinatura da testemunha

39 - 24 | Nome

CPF

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001.V002/2013

01 OUT 2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267003927**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/09/2019** às **08:19**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **17/3/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL, 1, ESTRADA DE TERRA NO SÍTIO CATOLÉ** - Bairro:
ZONA RURAL - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **PROXIMO AO**
DISTRITO DE CAIÇARINHA DA PENHA
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ANTONIO LUIZ DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO LUIZ DA SILVA**

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

ANTONIO LUIZ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA BERNARDINO DA SILVA**
Pai: **LUIZ JUSTINO DA SILVA** Data de Nascimento: **2/4/1972** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO /**
BRASIL Documentos: **24110743/SSP/SP (RG). 17016986845 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU**
INCOMPLETO Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **ZONA RURAL, 1, ESTRADA DE TERRA NO SÍTIO CATOLÉ - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL -**
SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO DISTRITO DE CAIÇARINHA DA PENHA

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO LUIZ DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Renavam: **256503028** Chassi: **9C2KC1550AR219475**
Descrição: **EM NOME DE ROMERIO BEZERRA PANTA**

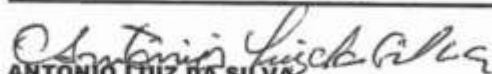
AUTOMOVEL (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/VW/GOL** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

01 OUT 2019

Complemento / Observação

O SRº ANTONIO LUIZ DA SILVA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR QUE FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGUNDO RELATOS DO MESMO NA DATA DO FATO PILOTAVA A MOTOCICLETA RETROMENCIONADA ONDE EM UMA ESTRADA DE TERRA NA ZONA RURAL DO SÍTIO CATOLÉ PERDEU CONTROLE EM UMA CURVA DERRAPANDO E COLIDINDO COM UM VEÍCULO GOL DESCONHECIDO; QUE TAL MOTORISTA DESCONHECIDO FEZ O SOCORRO DE URGENCIA ONDE AO CHEGAR NA CIDADE O ANTONIO LUIZ FOI REPASSADO PARA UMA EQUIPE DO CORPO DE BOMBEIROS MILITARES COMO CONSTA CÓPIA DE BOLETIM DE EMERGÊNCIA COM CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 75/2019- 3º GB- DOP PARA O HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES COMO CONSTA TAMBÉM CÓPIA DE BOLETIM DE EMERGÊNCIA DE Nº 99 DAQUELE HOSPITAL, SEM MAIS ENCERRO O PRESENTE BO.

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


ANTONIO LUIZ DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **WAGNER ALVES DE ALMEIDA** - Matrícula: 320336-0





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro no ASU

3 - CPF da vítima

4 - Nome completo da vítima

170.169.868-45 ANTONIO LUIZ DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPLEN Nº 408/2012

5 - Nome completo

6 - CPF

7 - Profissão

8 - Endereços

9 - Número

10 - Complemento

11 - Bairro

12 - Cidade

13 - Estado

14 - CEP

15 - E-mail

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 E 17 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 a compatibilidade anexa (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA

☒ RECLUIR INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000 A R\$1.900,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

☒ CONTA POUÇANÇA (serviço para as famílias e idosos. Anote uma opção)

☐ Simples (237)

☐ Itaú (342)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

☒ Não há IML que atenda a registro do acidente ou de minha residência; ou

☐ O IML que atenda a registro do acidente ou de minha residência não realizou perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a registro do acidente ou de minha residência realizou perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima, 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 da Seguros Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 8.213/91, art. 20, § 4º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordar do resultado.

DECLARAÇÃO DE ÔNICO BENEFICIÁRIO - PRESENCIAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

30 - Grande Beneficiário da vítima

31 - Vítima (abaixo do beneficiário) ☐ Sim ☐ Não

32 - Se a vítima deixou algum herdeiro, informar o nome completo

33 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não

34 - Se filha única, informar Vítima: ☐ Sim ☐ Não

35 - Vítima deixou netos? ☐ Sim ☐ Não

36 - Vítima tem irmãos? ☐ Sim ☐ Não

37 - Se filha única, informar Vítima: ☐ Sim ☐ Não

38 - Vítima deixou pais? ☐ Sim ☐ Não

39 - Vítima deixou irmãos? ☐ Sim ☐ Não

Entre cliente de que a Seguros Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT, por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem este condição, estando ciente, ainda, de que qualquer erro ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

36

Impressão digital da vítima ou beneficiário não elidido

37 - Nome legível de quem assina o pedido

38 - CPF legível de quem assina o pedido

39 - (*) Assinatura de quem assina o pedido

38 - 1ª | Nome

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante legal (se houver)

FPS.001.V002/2013

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

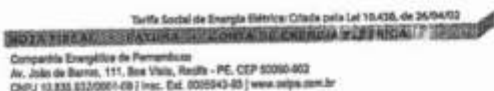
CLIENTE: ANTONIO LUIZ DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000078063-5

Nr. da Autenticação DE70E799FCBA41EA



ENTREVISTA DA UNIDADE CONSUMIDORA
31 OUTUBRO 2014

CAICARINHA DA PENHA/CAICARINHA DA
SERRA TALHAÇA PE
50900-000

7019384343	08/2019
18/09/2019	14/10/2019
TOTAL APPROVAL	52,54

C7680J229	DSCA	T106W201V
T106W201V	T-2012515058	S-222843

DEMONSTRATIVO DE CONTAS DE RESULTADO									
WDO	TPDO	ANTERIOR		ATUAL		WDO	CONSTANTE	AJUSTE	CONTINUA (AN)
WDO	FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DADO			PLS
		11.06.2018	1.230,00	11.06.2018	1.360,00		1.000,00		

Composições do sistema	
Composição do sistema	Porcentagem
Transmissão	12,1%
Subsistema de Transmissão	12,1%
Perdas de Energia	3,3%
Energia Distribuída	3,3%
Totais	31,8%

DECLARACIÓN DE INTERÉS CONFLICTIVO: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Variable	Observations	Value	Variable	Observations	Value
Variable	1000000	50.00	Variable	1000000	50.00

Este material foi elaborado com o intuito de servir de subsídio para o trabalho de campo dos estudantes de graduação em Física da UFPA. Caso o material não atenda às suas necessidades, não hesite em entrar em contato conosco, através do e-mail profis@ufpa.br ou pelo telefone (91) 3201-1414 ext. 210. Também é possível acessar este trabalho no endereço <http://www.fisica.ufpa.br>.

VALORES DE VALORAÇÃO DE MATERIAIS					VALORES DE VALORAÇÃO DE MATERIAIS		
ITEM	VALOR MATERIAL	LARGURA NOMINAL (m)	LARGURA REAL (m)	LARGURA TÍPICA (m)	VALOR DE VALORAÇÃO (R\$)		
					valor	valor	
PIC	0,00	10,73	29,48	42,68			
FIS	0,00	7,08	18,14	30,54			
DMS	0,00	6,78	0,00	0,00			

TOTAL A PAGAR (R\$)		52,54
---------------------	--	-------

—10/09/2019

1087 3 3183B434310 E 14313821683 B





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

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-402
CNPJ 16.835.833/0001-08 | Insc. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA DE LOURDES MELO LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO TOME DE SOUZA 573

CPF 295.442.044-91

ALTO DA CONCEIÇÃO SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
55603-220

CLASSIFICAÇÃO

81 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

PERÍODO	DATA INÍCIO	DATA FIM
07/10/2018	07/10/2018	06/11/2018
08/11/2018	08/11/2018	07/12/2018
09/12/2018	09/12/2018	08/01/2019

1130133025	08/2019
21/08/2019	11/09/2019
163,84	

CONSUMO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	171.000,000	0,77946172	132,80
Acrescimo Bandeira AMARELA			2,18
Acrescimo Bandeira VERMELHA			3,79
Contrib. Sum. Pública Municipal			9,13
ICMS Subvenção-CDE-AP 065.832755-11/08/18			1,15
Oração APNE - 0800 722 7722			16,00

TOTAL DA FATURA 163,84

MPD	Tipo de	Anterior	Atual	Nº de	Constante	Ajuste	Consumo (kWh)
000000	Função	DATA	DATA	DATA	DATA		
10000	CLT	11/03/2018	08/08/2018	1308/2018	04/01/2019	33	171,31

Mês	Valor	%	Valor	%
AGO 18	171	34,36	171	34,36
SET 18	171	34,36	171	34,36
OCT 18	171	34,36	171	34,36
NOV 18	171	34,36	171	34,36
DEZ 18	171	34,36	171	34,36
JAN 19	171	34,36	171	34,36
FEB 19	171	34,36	171	34,36
MAR 19	171	34,36	171	34,36
ABR 19	171	34,36	171	34,36
MAY 19	171	34,36	171	34,36
JUN 19	171	34,36	171	34,36
JUL 19	171	34,36	171	34,36
AUG 19	171	34,36	171	34,36
SEP 19	171	34,36	171	34,36
OCT 19	171	34,36	171	34,36
NOV 19	171	34,36	171	34,36
DEC 19	171	34,36	171	34,36
JAN 20	171	34,36	171	34,36
FEB 20	171	34,36	171	34,36
MAR 20	171	34,36	171	34,36
ABR 20	171	34,36	171	34,36
MAY 20	171	34,36	171	34,36
JUN 20	171	34,36	171	34,36
JUL 20	171	34,36	171	34,36
AUG 20	171	34,36	171	34,36
SEP 20	171	34,36	171	34,36
OCT 20	171	34,36	171	34,36
NOV 20	171	34,36	171	34,36
DEC 20	171	34,36	171	34,36
JAN 21	171	34,36	171	34,36
FEB 21	171	34,36	171	34,36
MAR 21	171	34,36	171	34,36
ABR 21	171	34,36	171	34,36
MAY 21	171	34,36	171	34,36
JUN 21	171	34,36	171	34,36
JUL 21	171	34,36	171	34,36
AUG 21	171	34,36	171	34,36
SEP 21	171	34,36	171	34,36
OCT 21	171	34,36	171	34,36
NOV 21	171	34,36	171	34,36
DEC 21	171	34,36	171	34,36
JAN 22	171	34,36	171	34,36
FEB 22	171	34,36	171	34,36
MAR 22	171	34,36	171	34,36
ABR 22	171	34,36	171	34,36
MAY 22	171	34,36	171	34,36
JUN 22	171	34,36	171	34,36
JUL 22	171	34,36	171	34,36
AUG 22	171	34,36	171	34,36
SEP 22	171	34,36	171	34,36
OCT 22	171	34,36	171	34,36
NOV 22	171	34,36	171	34,36
DEC 22	171	34,36	171	34,36
JAN 23	171	34,36	171	34,36
FEB 23	171	34,36	171	34,36
MAR 23	171	34,36	171	34,36
ABR 23	171	34,36	171	34,36
MAY 23	171	34,36	171	34,36
JUN 23	171	34,36	171	34,36
JUL 23	171	34,36	171	34,36
AUG 23	171	34,36	171	34,36
SEP 23	171	34,36	171	34,36
OCT 23	171	34,36	171	34,36
NOV 23	171	34,36	171	34,36
DEC 23	171	34,36	171	34,36
JAN 24	171	34,36	171	34,36
FEB 24	171	34,36	171	34,36
MAR 24	171	34,36	171	34,36
ABR 24	171	34,36	171	34,36
MAY 24	171	34,36	171	34,36
JUN 24	171	34,36	171	34,36
JUL 24	171	34,36	171	34,36
AUG 24	171	34,36	171	34,36
SEP 24	171	34,36	171	34,36
OCT 24	171	34,36	171	34,36
NOV 24	171	34,36	171	34,36
DEC 24	171	34,36	171	34,36
JAN 25	171	34,36	171	34,36
FEB 25	171	34,36	171	34,36
MAR 25	171	34,36	171	34,36
ABR 25	171	34,36	171	34,36
MAY 25	171	34,36	171	34,36
JUN 25	171	34,36	171	34,36
JUL 25	171	34,36	171	34,36
AUG 25	171	34,36	171	34,36
SEP 25	171	34,36	171	34,36
OCT 25	171	34,36	171	34,36
NOV 25	171	34,36	171	34,36
DEC 25	171	34,36	171	34,36
JAN 26	171	34,36	171	34,36
FEB 26	171	34,36	171	34,36
MAR 26	171	34,36	171	34,36
ABR 26	171	34,36	171	34,36
MAY 26	171	34,36	171	34,36
JUN 26	171	34,36	171	34,36
JUL 26	171	34,36	171	34,36
AUG 26	171	34,36	171	34,36
SEP 26	171	34,36	171	34,36
OCT 26	171	34,36	171	34,36
NOV 26	171	34,36	171	34,36
DEC 26	171	34,36	171	34,36
JAN 27	171	34,36	171	34,36
FEB 27	171	34,36	171	34,36
MAR 27	171	34,36	171	34,36
ABR 27	171	34,36	171	34,36
MAY 27	171	34,36	171	34,36
JUN 27	171	34,36	171	34,36
JUL 27	171	34,36	171	34,36
AUG 27	171	34,36	171	34,36
SEP 27	171	34,36	171	34,36
OCT 27	171	34,36	171	34,36
NOV 27	171	34,36	171	34,36
DEC 27	171	34,36	171	34,36
JAN 28	171	34,36	171	34,36
FEB 28	171	34,36	171	34,36
MAR 28	171	34,36	171	34,36
ABR 28	171	34,36	171	34,36
MAY 28	171	34,36	171	34,36
JUN 28	171	34,36	171	34,36
JUL 28	171	34,36	171	34,36
AUG 28	171	34,36	171	34,36
SEP 28	171	34,36	171	34,36
OCT 28	171	34,36	171	34,36
NOV 28	171	34,36	171	34,36
DEC 28	171	34,36	171	34,36
JAN 29	171	34,36	171	34,36
FEB 29	171	34,36	171	34,36
MAR 29	171	34,36	171	34,36
ABR 29	171	34,36	171	34,36
MAY 29	171	34,36	171	34,36
JUN 29	171	34,36	171	34,36
JUL 29	171	34,36	171	34,36
AUG 29	171	34,36	171	34,36
SEP 29	171	34,36	171	34,36
OCT 29	171	34,36	171	34,36
NOV 29	171	34,36	171	34,36
DEC 29	171	34,36	171	34,36
JAN 30	171	34,36	171	34,36
FEB 30	171	34,36	171	34,36
MAR 30	171	34,36	171	34,36
ABR 30	171	34,36	171	34,36
MAY 30	171	34,36	171	34,36
JUN 30	171	34,36	171	34,36
JUL 30	171	34,36	171	34,36
AUG 30	171	34,36	171	34,36
SEP 30	171	34,36	171	34,36
OCT 30	171	34,36	171	34,36
NOV 30	171	34,36	171	34,36
DEC 30	171	34,36	171	34,36
JAN 31	171	34,36	171	34,36
FEB 31	171	34,36	171	34,36
MAR 31	171	34,36	171	34,36
ABR 31	171	34,36	171	34,36
MAY 31	171	34,36	171	34,36
JUN 31	171	34,36	171	34,36
JUL 31	171	34,36	171	34,36
AUG 31	171	34,36	171	34,36
SEP 31	171	34,36	171	34,36
OCT 31	171	34,36	171	34,36
NOV 31	171	34,36	171	34,36
DEC 31	171	34,36	171	34,36
JAN 32	171	34,36	171	34,36
FEB 32	171	34,36	171	34,36
MAR 32	171	34,36	171	34,36
ABR 32	171	34,36	171	34,36
MAY 32	171	34,36	171	34,36
JUN 32	171	34,36	171	34,36
JUL 32	171	34,36	171	34,36
AUG 32	171	34,36	171	34,36
SEP 32	171	34,36	171	34,36
OCT 32	171	34,36	171	34,36
NOV 32	171	34,36	171	34,36
DEC 32	171	34,36	171	34,36
JAN 33	171	34,36	171	34,36
FEB 33	171	34,36	171	34,36
MAR 33	171	34,36	171	34,36
ABR 33	171	34,36	171	34,36
MAY 33	171	34,36	171	34,36
JUN 33	171	34,36	171	34,36
JUL 33	171	34,36	171	34,36
AUG 33	171	34,36	171	34,36
SEP 33	171	34,36	171	34,36
OCT 33	171	34,36	171	34,36
NOV 33	171	34,36	171	34,36
DEC 33	171	34,36	171	34,36
JAN 34	171	34,36	171	34,36
FEB 34	171	34,36	171	34,36
MAR 34	171	34,36	171	34,36
ABR 34	171	34,36	171	34,36
MAY 34	171	34,36	171	34,36
JUN 34	171	34,36	171	34,36
JUL 34	171	34,36	171	34,36
AUG 34	171	34,36	171	34,36
SEP 34	171	34,36	171	34,36
OCT 34	171	34,36	171	34,36
NOV 34	171	34,36	171	34,36
DEC 34	171	34,36	171	34,36
JAN 35	171	34,36	171	34,36
FEB 35	171	34,36	171	34,36
MAR 35	171	34,36	171	34,36
ABR 35	171	34,36	171	34,36
MAY 35	171	34,36	171	34,36
JUN 35	171	34,36	171	34,36
JUL 35	171	34,36	171	34,36
AUG 35	171	34,36	171	34,36
SEP 35	171	34,36	171	34,36
OCT 35	171	34,36	171	34,36
NOV 35	171	34,36	171	34,36
DEC 35	171	34,36	171	34,36
JAN 36	171	34,36	171	34,36
FEB 36	171	34,36	171	34,36
MAR 36	171	34,36	171	34,36
ABR 36	171	34,36	171	34,36
MAY 36	171	34,36	171	34,36
JUN 36	171	34,36	171	34,36
JUL 36	171	34,36	171	34,36
AUG 36	171	34,36	171	34,36
SEP 36	171	34,36	171	34,36
OCT 36	171	34,36	171	34,36
NOV 36	171	34,36	171	34,36
DEC 36	171	34,36	171	34



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)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1396 / 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 GEORGE CARLOS MELO LIMA
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.445.324 / 29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
ANTÔNIO LUIZ DA S. LUIA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 170.169.868 / 45
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ANTÔNIO LUIZ DA SILVA
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 170.169.868 / 45, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: RECUSO INFORMAR Renda: RECUSO 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>ANTÔNIO TÔME DE SOUZA</u>	Número:	<u>573</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade:	<u>SERRA TALHADA</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:		CEP:	<u>56.903-220</u>	Tel. (DDD):	<u>89-99998.5477</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 26/09/2019
x George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, ROMERIO BEZERRA PANTA
RG nº 7.281.111, data de expedição 12/03/2003
Órgão " ", portador do CPF nº 044.388.114-65
com domicílio na cidade de SERRA TALHADA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
CAIÇARINHA DA PENHA - RURAL, nº
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
ANTONIO LUIZ DA SILVA, cujo o condutor era
ANTONIO LUIZ DA SILVA
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA 150 Ano: 2010
Placa: PFA-0699 Chassi: 9C2KC1550A0219475
Data do Acidente: 19/03/2019

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 26/08/2019

x Romerio Bezerra Panta
Assinatura do Declarante

Antonio Luiz da Silva
Assinatura do Condutor

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

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
Telefone: (07) 39341-924

Reconheço a Firma por Autenticidade de ROMERIO BEZERRA PANTA - Dou Fé - Serra Talhada - PE - 26/08/2019 (da verdade.) Reginaldo Anísio da Silva Titular. () Maria Lúcia de Sousa-Substituta. Hora: 13:30. FUNEG-RS 0,80. FUNEC-RS 0,40. FURM-RS 0,04. FUNEG-RS 0,08.

Selo: 0074872.DCH08201901.01926 26/08/2019 10:20:24
Consulte autenticidade em www.tpe.jus.br/selodigital

Maria Lúcia de Sousa
CPF: 167.911.124-20

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Data: 11-03-19 Hora: 18:06 No: 99

Nome: Antonio Luiz da Silva Profissão: agricultor

Nome Social: Estado Civil: Casado

Nascimento: 02-04-72 Sexo: masc Responsável: Bomsun Lutar

Escolaridade: Mãe: Maria Bernardino da Silva

Endereço: Rua da Cordeira da Pinta

Bairro: São João Municipalidade: Ilhéus

Cartão SUS: RG/CPF: 24.11.07-3-7

Raça/Cor: ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ☐ VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL

Situação/Queixa: Dor e cãibras no Synus superior

PA: Pulso: HGT: T: SpO2: Peso: Glasgow:

Medicamentos em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma: Carimbo e Assinatura:

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico: Soluções Análise fme que apresenta

Tratamento: Soluções Análise do Ontoprotect para a

Hipótese Diagnóstica: Análise no Synus

Carimbo e Assinatura: Dr. Francisco Gomes Cirurgia Geral e Obstetrícia CREMEPE-0740

21



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital Francisco Anselmo Ltda.
2 - CNES
2517124
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital Francisco Anselmo Ltda.
4 - CNES
2517124

Identificação do Paciente
NOME DO DOCUMENTO
RG 24110743
NOME ATEND.
Bruma
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
80144041925730721
6 - PRENATAL
02
7 - SENHA/REGULAÇÃO
04/1972
8 - Nº DO PRONTUÁRIO
43636
9 - NOME DO PACIENTE
Antônio Luiz da Silva
10 - DATA DE NASCIMENTO
02/04/1972
11 - SEXO
Masc. ☒ Fem. ☐
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
Maria Bernacino da Silva
13 - TELEFONE DE CONTATO
992546194
14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)
Pz. Horizonte
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Serra Talhada PE
16 - COD. SIGE MUNICÍPIO
0261220
17 - UF
PE
18 - CEP
56900000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO
Leucorreia
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
K
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL
F20.9 no episódio final
22 - CID-10 PRINCIPAL
S82.1
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID-10 SECUNDÁRIO

25 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Atendimento no ambulatório
27 - COD. DO PROCEDIMENTO
04.08.050551
28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE
**Dr. Edeone Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 15.122
CEM - Fone: 9.9816-0212**
33 - DATA DA SOLICITAÇÃO
21/03/19
34 - ASSINATURA E CARIMBO (DISS. LOR MÉDICO)
**Dr. Francisco Anselmo
CRM: 128.432.054-43
CRM: 5892**

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)
35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO SEGURO

40 - SÉRIE

41 - CNES DA EMPRESA

42 - CBOA

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO
44 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
27/03/19
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
**José Roberto Vieira Barros
Médico Autorizador
CRM: 128.432.054-43
CRM: 128.432.054-43**
51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIIH)
261910747715-1
MOTIVO DA ALTA:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
Eletrônica
DATA DA INTERNAÇÃO:
03/04/19

Idade:	Início:	Término:
Cirurgião:	1º Auxiliar:	2º Auxiliar:
Anestesista:		

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- ANESTESIA
- ASSEPSIA
- SUTURA
- CURATIVO
- OI PANSUO

Dr. Eberone Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 15.122
Assinatura do Cirurgião

**HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA**

Rua Vereador Silvino Cordeiro, 384 - AAB - Serra Talhada - PE
Fone/Fax: (87) 3831.3736 / 3831.2142 - CEP: 55.912-110
CNPJ: 41.095.563/0001-98 - email: ca784@hotmail.com

CLÍNICA**CIRURGICA**


Data do Atendimento:	03/04/2019	Prontuário:	00043636	Registro:	00091749	Convênio:	SUS-INTERNACAO	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: ANTONIO LUIZ DA SILVA								
Data Nascimento:	02/04/1972	Idade:	47 Anos	Sexo:	MASCULINO	Cor:	PARDA	
Estado Civil:	CASADO(A)	Profissão:	ACRICULTOR	Naturalidade:		Nacionalidade:		
Filiação: Pai:	LUIZ JUSTINO DA SILVA			Mãe:	MARIA BERNADINO DA SILVA			
Endereço:	FAZENDA HORIZONTE						Nº	2121
Bairro:	ZONA RURAL	Cidade:	SERRA TALHADA	Estado:	PE	Telefone:	981691594	
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:								
Acidente de Trânsito []		Acidente de Trabalho []		Outros Acidentes []		Agressão []		
Suicídio []		Casual []		Outros []				
Nome do Acompanhante:						Telefone para Contato:		
Endereço:								
Local da Ocorrência:								
ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS								
TRAUMA NO Joelho com LIMITAÇÃO FUNCIONAL.								
Diagnóstico Inicial:								
FRATURA NO PLATO TIBIAL								
S.A.D.T.								
Diagnóstico Final								
O MESMO								
Data do Atendimento: Data do Atendimento:								
Melhorada <input checked="" type="checkbox"/>	Decisão Médica <input checked="" type="checkbox"/>	Data do Internamento: 03/04/2019						
Inalterado []	Alta a Pedido []	Data da Alta: 05/04/19						
Piorado []	Transferência []	Dr. Ebenone Silva						
Óbito+48h []	Evasão []	Ortopedia / Traumatologia						
Óbito-48h []	Indisciplina []	CRM: 15.122						
Óbito em: / /		Hora: :		Médico Responsável				



96124-8408

Acidente / Carcinoma

18/03/19

Cartão Nacional de Saúde
SUS / SAO PAULO SP
Nome: ANTONIO LUIZ DA SILVA
Mãe: MARIA BERNARDINO DA SILVA
Data de Nascimento: 02/04/1972 Sexo:
MASCULINO
Emissão: 11/03/2008 Residente em: SAO PAULO-SP
80144049257 3072 1


MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014485324679
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 258502020 R.N.T.R.G. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME ROMERY BEZERRA PANTA

SERRA TALHADA-PE 0

CPF/CNPJ 009.388.114-55 PLACA PFA0699

PLACA ANT. / UF ***** / PE CHASSI 9C2KC1550A219475

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / CG 150 FAN ESI ANO FAB 2010 ANO MOD 2019

CAP / POT / CL PP / 149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª VENC. / COTAS
IPVA 2019 QUITADO 1ª *****
FAIXA IRVA 1 PARCELAMENTO / COTAS 2ª *****
A 3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 30.11 IOF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 30.43 DATA DE PAGAMENTO 29/04/19

SEM RESERVA

SERRA TALHADA DATA 29/04/19

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014485324679 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ROMERY BEZERRA PANTA

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

SERRA TALHADA-PE EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 29/04/19

VIA 1 CPF/CNPJ 009.388.114-55 PLACA PFA0699

RENAVAM 009000000 MARCA / MODELO HONDA / CG 150 FAN ESI

ANO FAB 2010 CATEG 09 Nº CHASSI 9C2KC1550A219475

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO (R\$) 30.11 DEDUTIVO (R\$) 0.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 30.10

COEFICIENTE (BILHETE) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 84.58

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 29/04/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.608/0001-04

LEI Nº 9.245/96 - O BILHETE DPVAT
É UM TÍTULO DE RÓTULO DE REGISTRO

