

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Deusdete Silva Araujo portador da carteira de identidade nº 7.836.614 SP5 PE e inscrito no CPF/MF sob o nº 033.408.094-02, residente e domiciliado na Rua 14 Junho / 396, Cidade Serra Talhada Estado PE, 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:

- ☒ (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 2 *T24*

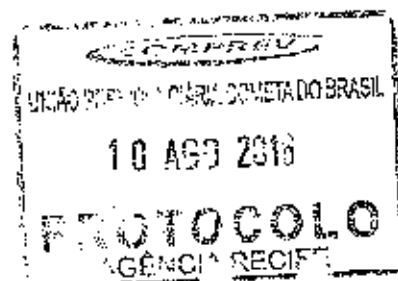


Deusdete Silva Araujo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Serra Talhada 28.06.2016.

Local e data



Dr. João César da Cunha

CRM: 10990

CLÍNICA MÉDICA - MEDICINA DO TRABALHO
ENDOCRINOLOGIA

Fone: (87) 3831-0018

DOCUMENTO 1 "T166"



UNICLIN

MÉDICOS ASSOCIADOS

AO INSS

Encaminho o Sr. Deusdete Silva Araujo, 41 anos de idade, que sofreu um acidente de moto vindo a sofrer uma luxação acrômio clavicular a direita. Após os exames de imagem foi submetido a uma redução da luxação acrômio clavicular acompanhado por fixação e fios de Kirchner.

Hoje vem apresentando queixas de dores intensas no local da cirurgia, acompanhado por dormências nas mãos, déficit de força importante com a mão direita, dificuldade para realização de tarefas primarias como tomar banho, higiene corporal e etc...

No momento apresentando déficit laboral para realização de qualquer serviço na agricultura.

CID: S43.1

Pâncreas
Rim

Tecido adiposo

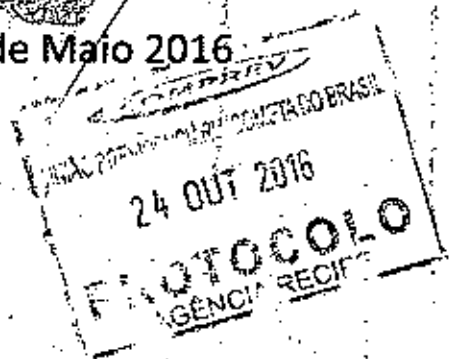
Intestino

João César da Cunha
Medicina do Trabalho
CRM 10990

Ovario
(sexo masculino)

Serra Talhada, 02 de Maio 2016

Testículos (sexo masculino)





NOME: DEUSDETE SILVA ARAUJO

DATA: 18/11/2016

DECLARAÇÃO

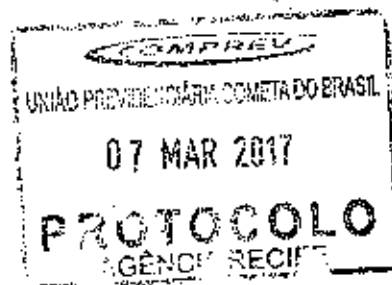
DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE PERICIA MEDICA E JUDICIAL, QUE O PACIENTE SUPRACITADA ACIMA ENCONTRA-SE EM ATENDIMENTO DE FORMA REGULAR NO SETOR DE FISIOTERAPIA DESTA INSTITUIÇÃO. O MESMA APRESENTA QUADRO ALGICO DOLOROSO EM COLUNA CERVICAL E EM OMBRO DIREITO, PÓS-OPERATORIO DE FRATURA DE CLAVICULAR DEVIDO ACIDENTE DE MOTOCICLISTICO. NOS EXAMES DE IMAGEM FICOU EVIDENCIADO UMA CAPSULITE ADESIVA E CALCIFICAÇÃO (USG DO OMBRO DIREITO) E SUBLUXAÇÃO DA ARTICULAR ACROMIO CLAVICULAR(RX DO OMBRO DIREITO). AO EXAME FISICO E OBSERVADO LIMITAÇÃO DE ADM, DEFICIT DE FORÇA MUSCULAR E PARESTESIA.

DIANTE DISSO, CONSIDERANDO SUA ATIVIDADE LABORAL(AGRICULTOR), RECOMENDASSE QUE A PACIENTE DE CONTINUIDADE AO TRATAMENTO FISIOTERAPEUTICO E EVITE PEGAR PESOS ELEVADOS, E REALIZAR MOVIMENTOS BRUSCOS PARA NÃO AGRAVAR O QUADRO CLINICO ATUAL.

CID10: M 75.0 ; S 420

Fillipe Augusto da Silva Freire
Fisioterapeuta
CREFITO 205168-F

Dr. FILLIPE AUGUSTO DA SILVA FREIRE
CREFIT: 205168





UNIDADE PERNAMBUCANA DE
ATENDIMENTO ESPECIALIZADO
SERRA TALHADA - PE

Paciente: DEUSDETE SILVA
ARAÚJO

Data de Nascimento: NÃO DISPONIBILIZADA

Médico solicitante: DR. FELIPE FREIRE

Data: 30/08/16

Laudo de Ultrassonografia do Ombro Direito

Tendão de cabeça longa do biceps de calibre, contornos e textura normais.

O tendão se localiza anatomicamente no sulco intertuberositário, sem sinais de luxação, mesmo com a manobra de rotação externa.

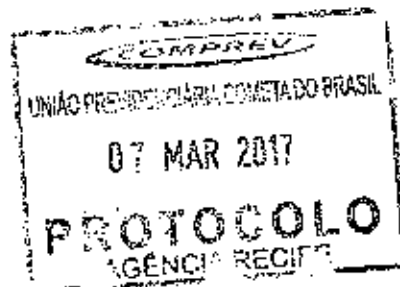
Manguito rotador apresentando calibre, contornos e textura normais.

Ausência de sinais de rotura ou derrame articular.

****Limitação no deslizamento do supracapital pela cobertura acromial com a abdução do braço. Dificuldade em realizar a rotação externa para o estudo do subescapular.**

HD: Capsulite adesiva (status pós cirurgia).


Dr. ANA CAROLINA MELO
C.R.M. 15770





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Deusdete Silva Araujo.

RG nº 7.836.614, data de expedição 28/03/05 órgão SDS-PE

CPF nº 033.408.094-02, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua. 14 de junho</u>
Número	<u>396</u>
Apto / Complemento	<u>Casa.</u>
Bairro	<u>Cagep.</u>
Cidade	<u>Serra Talhada.</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>56.900.000</u>
Telefone de contato	<u>87-99938.0978</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Serra Talhada 28.06.2016.

Assinatura do Declarante: Deusdete Silva Araujo



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

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



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 0800 0810120 | PRONTIDÃO 0800 0810196
Atendimento ao cliente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

OZIANA EUFRASIA PEREIRA

CPF: 043.002.934-90 NIS: 20B13820917

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA 14 DE JUNHO 386

CAGEP/SERRA TALHADA
58900-000 SERRA TALHADA PE

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

DATA DE VENCIMENTO

21/03/2016

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

14/03/2016

DATA DA APRESENTAÇÃO

14/03/2016

NÚMERO DA NOTA FISCAL

001525489

CONTA CONTRATO

007005006273

Nº DO CLIENTE

2014021833

Nº DA INSTALAÇÃO

0003684903

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

105E.CB04.0D85.8BC6.55C2.C56E.3424.5D67

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,14439	4,33
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,24752	17,32
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	3,00	0,37128	1,11
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,38
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,05
Contribuição Iluminação Pública			3,29
TOTAL DA FATURA			27,38

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	24,08	0,97	0,23
			24,08	4,48	1,07

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,4354552	MAR 15	103
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,24752	FEV 15	98
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,3711700	JAN 15	96
		DEZ 15	113
		NOV 15	94
		OUT 15	91
		SET 15	92
		AGO 15	98
		JUL 15	92
		JUN 15	105
		MAI 15	99
		ABR 15	103
		MAR 15	102

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	kg	%
Geração de Energia	14,02	58,19
Transmissão	0,65	2,74
Distribuição (Celpe)	2,15	25,03
Encargos Setoriais	1,06	6,74
Tributos	1,30	5,40
TOTAL	24,08	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
MC48755	CAT	12/02/2016 13.609,00	14/03/2016 13.792,00	31	1,00000	0,00	103,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LETURA: 15/04/2016

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Jan/2016					
Dic-No. de horas sem Energia	SERRA TALHADA	0,37	5,55	11,14	22,21
FIC-No. de vezes sem Energia		1,00	3,42	6,65	13,70
DMIC-Duração máxima da Interrupção contínua		0,37	3,20	0,00	0,00
DMCR-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DMCR: 12,22
EURO-Valor do Encargo de Uso: R\$ 10,36					
Todo Consumidor pode solicitar a separação dos indicadores DGS, FIC, DMIC e DMCR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data de leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Pagamento em atraso gera: Multa 2% (Res. 414/ANEEL-09/09/10) e Juros 1% a.m. (Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês.
Isenção do ICMS conforme art. 3, XLVIII, a, 2.2-2, do RICMS-PE.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 21,45.
O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007005006273	03/2016	0,00	21/03/2016	Evite dobrar, perfurar ou rasurar.



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jaconeide Soares Cavalcante, portador(a) do

RG nº CTPS 6548/0034, expedido por _____, em

23/01/90, CPF/CNPJ nº 844.209.354.91

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Deusdete

Silva Araujo do sinistro de DPVAT da natureza Tenualidade

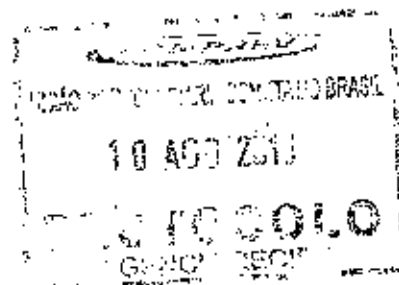
da vítima Deusdete Silva Araujo e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: _____ Renda Mensal: R\$ _____

Documentos comprobatórios: _____

Jaconeide Soares Cavalcante
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES S. TALHADA

DATA DA SOLICITAÇÃO
17/03/16 12:51

MÉDICO SOLICITANTE
JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES

Nº SOLICITAÇÃO
208806

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE
DEUSDETE SILVA ARAUJO

Nº DO PRONTUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO
25/12/1974

SEXO
FEMININO

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
EDITE COELHO DE ARAUJO

TELEFONE DE CONTATO

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CÓDIGO MUNICIPAL

UF

CEP

Dados sobre o Transporte

MEIO DE TRANSPORTE
AMBULÂNCIA

DATA DE EMISSÃO
17/03/16 13:40

OBSERVAÇÃO
TECNICA E AMBULANCIA

DOCUMENTO 3 *T3*



SOLICITAÇÃO EXECUTANTE

Regulador

MÉDICO REGULADOR
ALESSANDRA SILVA DOS REIS

TIPO LITIO
CIRÚRGICO

ESPECIALIDADE

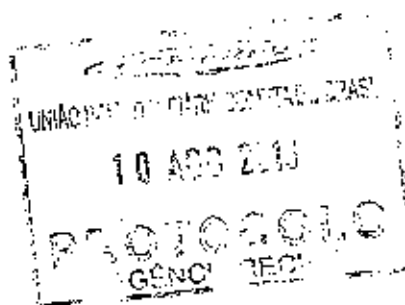
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Executante

ESTABELECIMENTO
CASA DE SAÚDE SAO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO
17/03/16 13:27

MÉDICO AUTORIZADOR





BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº 113

Data e Hora:	17-03-16	11:56	Data Naso:	25/12/74			
Nome:	Dionete Silva Araújo						
Mãe:	Edite Coelho de Araújo						
Profissão:	Motorista	Sexo:	M	Estado Civil:	Casado	Escolaridade:	1ª série
Responsável:	O mesmo						
End. do Paciente:	R. 14 de Julho 396						
Bairro:	Capitão	Município:	STP	Fone:	9631-7191		
Cartão SUS:					Doc. Identidade:	7-836.514	
Tipo de Atendimento:		Raça/Cor:		Pardo ☒			
☒ Acidente de Trânsito		☐ Preto		☐ Indígena			
☐ Agressão		☐ Amarelo					
Acidente de Trabalho ☐		Consulta ☐					

Pressão Arterial:

Pulso:

Temperatura:

Peso:

História e Exame Físico:

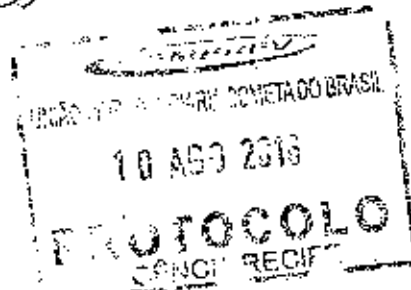
trm

Tratamento:

Comunidade

Ulipan

1 emula



Impressão Diagnóstica:

UC 1 DL

Destino do Paciente: Residência ☐

Internado ☐

Transferido ☐

Removido para Hospital

Óbito às

hs do dia

Médico - Carimbo e CRM:

Dr. José Roberto M. S. Guimarães

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL SÃO VICENTE	2 3 5 1 6 3 3
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL SÃO VICENTE	2 3 5 1 6 3 3

Identificação do Paciente

4 - NÚMERO DO DOCUMENTO	5 - NOME ATEND.
8 9 8 0 0 3 4 2 9 7 1 2 6 3 9	
6 - SIS PRI NATAL	7 - SENHA/REGULAÇÃO
8 - Nº DO PRONTUÁRIO	9 - NOME DO PACIENTE
0125428	DEUSDETE SILVA ARAUJO
10 - DATA DE NASCIMENTO	11 - SEXO
25/12/1974	Masculino ☒ Feminino ☐
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	13 - TELEFONE DE CONTATO
EDITE COELHO DE ARAUJO	8 7 9 6 3 1 7 1 9 1
14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)	15 - CID, 10
RUA H DE JUNIOR, 596 - CAGEPE	261390
16 - CID, 10	17 - UF
261390	PE
18 - CEP	19 - CID, 10
030000	030000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO
trauma em ombro D há ± 5 dias com fratura + limitação funcional UNIVERSIDADE FEDERAL DO BRASIL 10-10-2016
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Rx
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL
lux. Acromioclavicular D
22 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO
23 - CID, 10
24 - CID, 10
25 - CID, 10

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	27 - COD. DO PROCEDIMENTO
Tr. Cirúrgico	04.08.01.018-5
28 - CLÍNICA	29 - CARACTER DA INTERNAÇÃO
TRAUMATOLOGIA	01
30 - DOCUMENTO	31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
1 CNS 1 X 1 CPF	3 2 5 7 1 4 9 6 4 6 8 1
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO INTERASSISTENTE	33 - DATA DA SOLICITAÇÃO
Dr. Enio R. de Carvalho Traumatologia CRM 15926	17/03/16
34 - ASSINATURA E CARIMBO DO DIRETOR MÉDICO	35 - CID, 10
José Ferdinando Feitosa CPF: 083.287.144-34 CRM: 3836	543.1

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - I - ACIDENTE DE TRÂNSITO	37 - CNPJ DA SEGURADORA	38 - Nº DO BILHETE	39 - SÉRIE
36 - II - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	40 - CNPJ DA EMPRESA	41 - CNAR DA EMPRESA	42 - CBOR
36 - III - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	43 - VINCULADO COM A PREVIDÊNCIA	44 - EMPREGADO	45 - EMPREGADOR
46 - AUTÔNOMO	47 - DESEMPREGADO	48 - APOSENTADO	49 - NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO	46 - CÓD. ORÇÃO EMISSOR	51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
M261390001		261610467068-5
47 - DOCUMENTO	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	52 - MOTIVO DA ALTA
1 CNS X 1 CPF	4 3 5 3 4 0 8 2 4 0 0	12
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO PROFISSIONAL)	53 - CARACTER DA INTERNAÇÃO
	Dr. Fernando de Paula CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603 Médico Autorizado	02
		54 - DATA DA INTERNAÇÃO
		17/03/16
		55 - DATA DA ALTA
		22/03/16

Cirurgia Realizada: Tb. Címbria de LAC e D		N.º do Procedimento:	
Data: 21/03/11	Início:	Término:	
Cirurgião: R. André	1.º Auxiliar: R. André	2.º Auxiliar:	Anestesista: Dr. Luciano

Descrição Cirúrgica

- ① Pr. em decúbito dorsal em posição de cotovos Prone
- ② Trocar + Antimigra -
- ③ Aprisco de sang. cirúrgico intra.
- ④ Incisão 1 ± 7 cm na região deltoide-dorsal I
+ drenagem com drenagem, instrumento
de laparoscopia cirúrgica com transpiração
na drenagem
- ⑤ Redução de LAC + fixação com 62 pin
de Kirschner 2.0 sob mapeo + drenagem em
transpiração de laparoscopia.
- ⑥ Limpeza - SPO, 7"
- ⑦ sutura na pele
- ⑧ curativo.
- ⑨ T. pai -

Dr. Énio K. de Carvalho
Traumato-Ortopedia
CRM 15926



Hospital São Vicente

Rua Inocência Gomes de Andrade, N° 603 - Centro - Serra Talhada - PE
Fone: (87) 3831-9150 - Fax: (87) 3831-9166
E-mail: hospitalsaovicentelida@yahoo.com.br - CNPJ 10.280.543/0001-63

Clínica Cirúrgica

Data do Atendimento:		N.º Registro: 125428	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: Densdete Silva Araújo			
Data Nascimento: 25/12/1974		Idade: 41 anos	Sexo: M
Estado Civil: Casado	Profissão: Agricultor	Naturalidade: Pernambuco	Nacionalidade: Brasileiro
Filiação: Par. Francisco Lameira da Silva	Mãe: Edite Coelho de Araújo		
Endereço (av., rua, etc.): Rua 14 de Junho		N.º: 396	Apto.:
Bairro: Cagap	Cidade: Serra Talhada	Estado: PE	Telefone: (87) 3831-4191

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trânsito ☐	Acidente de Trabalho ☐	Outros Acidentes ☐	Agressão ☐
Suicídio ☐	Casual ☐	Outros ☐	
Nome do Acompanhante:		Telefone para Contato:	
Endereço (av., rua, n.º, etc):			
Local da Ocorrência:			

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

transmissão oral D L = 05h
De + ab + limitação process

Diagnóstico Inicial: LUPUS ERMATOIDE - LUPUS ERMATOIDE S DE	
S.A.D.T. Rodinor	10/12/2011
Diagnóstico Final: LUPUS ERMATOIDE	10/12/2011

CONDIÇÕES DE ALTA		MOTIVO DA ALTA		Data do Internamento: 17/3/16	
Melhorada ☒		Decisão Médica ☒		Data da Alta: 22/03/16	
Inalterado ☐		Alta a Pedido ☐		Local:	
Piorado ☐		Transferência ☐	LOCAL		
Óbito + 48 h ☐		Evasão ☐			
Óbito - 48 h ☐		Indisciplina ☐			

Melo B. Guimarães



MINISTÉRIO DO TRABALHO X
SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

00001

Série

06548

Número



Polegar Direita



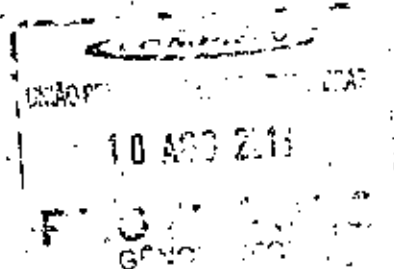
Assinatura do Portador
Catalão

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *João Carlos de Jesus*
Carvalho
Loc. Nasc. *Itapetina*
Est. *PE* Data *08.09.1970*
Filiação *Sup. Bernardino*
Carvalho em nome de
João de Maria de Carvalho
Est. Civil *Solteiro* Doc. Nº *1937*
Fls. *021 V. Liv. 19* Reg. Civil *PE*
Outro doc. *Cart. Reg. S. Catão*
Situação Militar: Doc. *PE*
Nº *PE* Órgão *PE* Est. *PE*
Naturalizado Doc. Nº *PE* Em *PE*
ESTRANGEIROS
Chegada ao Brasil em *PE*
Doc. Ident. Nº *PE* Exp. em *PE*
Estado *PE*
Obs. *PE*
Data Emissão *23.01.20* DRT *PE*

Assinatura do Funcionário

1235.067





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 844.209.954-91

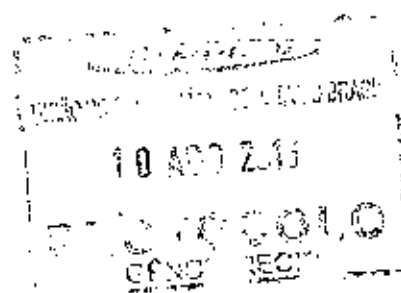
Nome da Pessoa Física: JACIONEIDE SOARES CAVALCANTE

Data de Nascimento: 08/04/1970

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 20/02/1991

Digito Verificador: 00



Comprovante emitido às: 08:20:22 do dia 19/07/2016 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: A27A.9128.EE1E.74DB

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.
(<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFautentic.asp>)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA

DETRAN - PE Nº 012572538867

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CDD RENAVAM 1º RENTRO. EXERCÍCIO 2016
1 192761396

DEUSDETE SILVA ARAUJO

SERRA TALHADA - PE

033 408 034-02

PLACA ANT / UF KIR5981

CHASSI 9C2JC4110AR014583

COMBUSTÍVEL GASOLINA

ANO FAB. 2009

ANO MOO. 2010

COR PREDOMINANTE PRETA

CAP / POT / OIL 2P / 124CL

CATEGORIA BARTIC

VENO. COTA ÚNICA 1º *****

PARCELAMENTO / COTAS 2º *****

PREMIO TOTAL (R\$) 3º *****

SEGURO: PAGO 100% DE RESERVA

DATA DE PAGAMENTO 04/03/16

SEU RESERVA LÍDER - DPVAT

SEU RESERVA LÍDER - DPVAT

SEU RESERVA LÍDER - DPVAT

SEU RESERVA LÍDER - DPVAT

SEU RESERVA LÍDER - DPVAT

SEU RESERVA LÍDER - DPVAT

SEU RESERVA LÍDER - DPVAT

SEU RESERVA LÍDER - DPVAT

SEU RESERVA LÍDER - DPVAT

SEU RESERVA LÍDER - DPVAT

SEU RESERVA LÍDER - DPVAT

SEU RESERVA LÍDER - DPVAT

SEU RESERVA LÍDER - DPVAT

SEU RESERVA LÍDER - DPVAT

SEU RESERVA LÍDER - DPVAT

SEU RESERVA LÍDER - DPVAT

SEU RESERVA LÍDER - DPVAT

SEU RESERVA LÍDER - DPVAT

SEU RESERVA LÍDER - DPVAT

SEU RESERVA LÍDER - DPVAT

SEU RESERVA LÍDER - DPVAT

SEU RESERVA LÍDER - DPVAT

UNIAO PRECO 10 AGO 2016

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1018654/16
Vítima: DEUSDETE SILVA ARAUJO
CPF: 033.408.094-02

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 17/03/2016
Titular do CPF: DEUSDETE SILVA ARAUJO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

DOCUMENTO 6 *T6%*



DEUSDETE SILVA ARAUJO : 033.408.094-02

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

JACIONEIDE SOARES CAVALCANTE : 844.209.954-91

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

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 10/08/2016
Nome: JACIONEIDE SOARES CAVALCANTE
CPF/CNPJ: 844.209.954-91

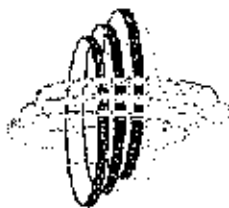
JACIONEIDE SOARES CAVALCANTE

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 10/08/2016
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45


JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA





Hospital São Vicente

CNPJ 10.280.543/0001-603 - Insc. Estadual - Isenta
Rua Inocêncio Gomes de Andrada, N.º 603 - centro
Fone (87) 3831-9150 - Serra Talhada - PE

ATESTADO

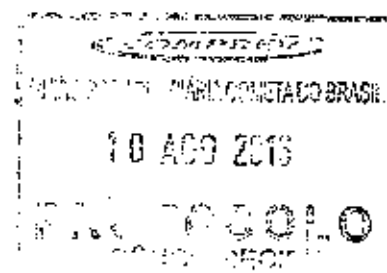
Srº(a) Denise S. Araújo ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(a) Sr. Araújo, ESTÁ IMPOSSIBILITADO (a) DE EXERCER SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS POR UM PERÍODO DE 17/03/16 à 17/04/16, POR MOTIVO DE DOENÇA.

CID: S-43.1

por operatório

Dr. Enio K. de Carvalho
Traumatologia-Ortopedia
CRM 15026

MÉDICO ASSISTENTE



SERRA TALHADA, 22/03/16.



DECLARAÇÃO JUNTO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT

Venho através desta, solicitar a seguradora LÍDER dos consórcios do seguro DPVAT, que reabram o processo de INVALIDEZ cujo nº é 316049442 no qual o mesmo está pendente de comprovação de ato declaratório, onde a vítima sou eu Aurenete Silveira Araujo, portador do RG de nº 7.836.514 e CPF de nº 033.408.094-02 que fui vítima de acidente de trânsito dia 17/03/2016 e fui socorrido por populares, e dei entrada no hospital Regional Apomemem Magalhães da cidade de Serra Talhada e o hospital citado não mencionou ou registrou o fato do acidente em seus registros, segundo a direção do hospital por não ter ordens para registrar as ocorrências de acidente de trânsito, assim eu estou totalmente prejudicado, pois na minha cidade não tem rede de atendimento de urgência e emergência, nem agentes do asfalto, nem corpo de bombeiros, portanto, eu peço-lhes que reanalisem este processo administrativamente e que se precisarem de alguma comprovação a mais eu estou à inteira disposição para comprovar o fato diante das leis civis e penais vigente em nosso país.

Portanto, envio-lhes esta DECLARAÇÃO ASSINADA POR MIM e por mais duas testemunhas do fato do acidente de trânsito, e eu aguardo o andamento deste processo, e que caso isso não venha acontecer, eu irei representar a seguradora LÍDER na via JUDICIAL a que tenho direito, pois eu não posso ser prejudicado por uma exigência da LÍDER onde minha cidade não tem como atender, e eu sendo a vítima legal assino abaixo.

Aurenete Silveira Araujo

vítima/representante legal/procurar/beneficiário

Rosane Espinosa de Barros

testemunha 01 - CPF: 004.013.144-47

Alberto Pereira Magalhães Simão

testemunha 02 - CPF: 036.229.334-10

Serra Talhada de 20 de Setembro de 2016.

24 OUT 2016

PROTOCOLO
RECIBO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Contratos de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL: 1018654/16
Vítima: DEUSDETE SILVA ARAUJO
CPF: 033.408.094-02

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 17/03/2016
Titular do CPF: DEUSDETE SILVA ARAUJO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório
Outros

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

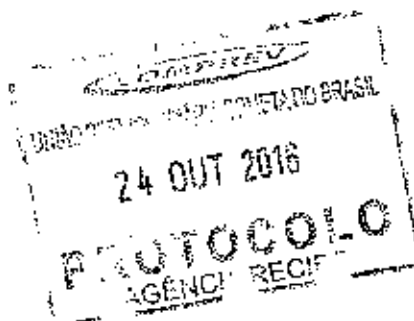
Data: 24/10/2016
Nome: JACIONEIDE SOARES CAVALCANTE
CPF: 846.209.954-91

JACIONEIDE SOARES CAVALCANTE

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 24/10/2016
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1018654/16
Vítima: DEUSDETE SILVA ARAUJO
CPF: 033.408.094-02

CPF de: Próprio

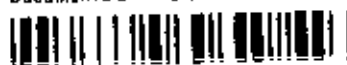
Data do Acidente: 17/03/2016
Titular do CPF: DEUSDETE SILVA ARAUJO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório
Outros

DOCUMENTO 2 *T2%



ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

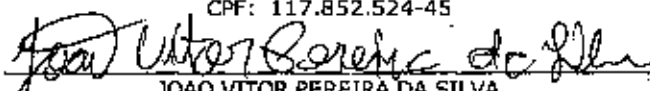
Portador da documentação entregue

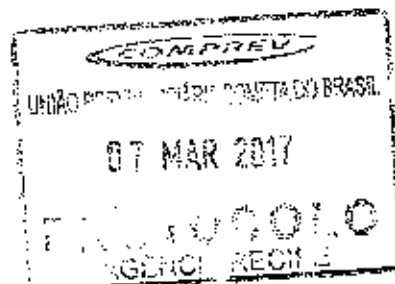
Data: 07/03/2017
Nome: DEUSDETE SILVA ARAUJO
CPF: 033.408.094-02

DEUSDETE SILVA ARAUJO

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 07/03/2017
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45


JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Deusdete Silva Araújo
 Nacionalidade: brasileiro Estado civil: casado
 Profissão: Agricultor
 Identidade: 7.836.514 CPF: 033.408.094-02
 Endereço: R. 14 de julho, N° 396.

OUTORGADO:

Nome: Facioneide Soares Cevalante
 Nacionalidade: Brasileira Estado civil: casada
 Profissão: Aux. Administrativa
 Identidade: 434.6009 CPF: 844.209.954-91
 Endereço: Rua: José Pereira de Souza, 125

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

Serra Talhada 24.05.2016.
 LOCAL E DATA:

Deusdete Silva Araújo
 ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
 Titular: REGINALDO AMÍSIO DA SILVA
 Telefone: (07) 3831-1004

Maria Lúcia de Sousa
 Substituta
 197 2 3442

Reconheço a Firma por Autenticidade de DEUSDETE SILVA
 ARAÚJO, Dou Fé. Serra Talhada - PE: Em Teste ()
 da verdade. () Reginaldo Amísio da Silva Titular.
 Maria Lúcia de Sousa - Substituta Empl. RS 3.20.
 TSNR - RS 0.73. PPR - RS 0.131

Selo: 0074872.VHD05201602.01400 31/05/2016 15:34:11
 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital



Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2016

Carta nº: 9560490

A/C: DEUSDETE SILVA ARAUJO

Sinistro: 3160494425 ASL-1018654/16
Vitima: DEUSDETE SILVA ARAUJO
Data Acidente: 17/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JACIONEIDE SOARES CAVALCANTE

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2016

Carta nº: 9563443

A/C: DEUSDETE SILVA ARAUJO

Sinistro: 3160494425 ASL-1018654/16
Vitima: DEUSDETE SILVA ARAUJO
Data Acidente: 17/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JACIONEIDE SOARES CAVALCANTE

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **10/08/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/03/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando
página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2016

Carta nº: 9950900

A/C: DEUSDETE SILVA ARAUJO

Sinistro: 3160494425 ASL-1018654/16
Vitima: DEUSDETE SILVA ARAUJO
Data Acidente: 17/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JACIONEIDE SOARES CAVALCANTE

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **24/10/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/03/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Março de 2017

Carta nº: 10648282

A/C: DEUSDETE SILVA ARAUJO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160494425 ASL-1018654/16
Vitima: DEUSDETE SILVA ARAUJO
Data Acidente: 17/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JACIONEIDE SOARES CAVALCANTE

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **07/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/03/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2017

Carta nº 11622776

a/c: DEUSDETE SILVA ARAUJO

Sinistro: 3160494425 ASL-1018654/16
Vítima: DEUSDETE SILVA ARAUJO
Data Acidente: 17/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JACIONEIDE SOARES CAVALCANTE

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.seguradoralider.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2017

Carta nº 11622776

a/c: DEUSDETE SILVA ARAUJO

Sinistro: 3160494425 ASL-1018654/16
Vítima: DEUSDETE SILVA ARAUJO
Data Acidente: 17/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JACIONEIDE SOARES CAVALCANTE

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.seguradoralider.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



DOCUMENTO 1 *T196*

Nº DO SINISTRO _____



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Deusdete Silva Araújo
PORTADOR(A) DO RG Nº 7836-614 EXPEDIDO POR SS-PE EM 28/03/05
CPF 033408094-02 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Agricultor
E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Suspen nº 445/2017, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir Cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0914 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 49633-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

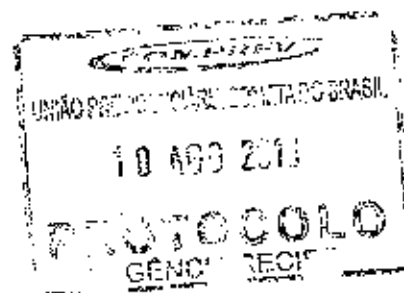
Joana Talhavela 28 de junho de 2016
LOCAL E DATA

Deusdete Silva Araújo
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradaztransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204.



DOCUMENTO 1 "1196"



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ª CIRC
 DINTER2/21ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **16E0267001842**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/05/2016** às **11:02**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **17/3/2016** às **11:20**

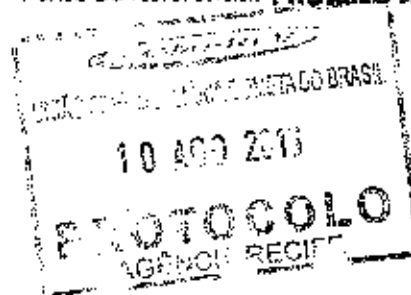
Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA, 1, AVENIDA TRIUNFO NA PE 365 -**
 Bairro: **CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO**
VIADUTO
 Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
 DEUSDETE SILVA ARAUJO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usada na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
 VEICULO: (Usada na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DEUSDETE SILVA**
ARAUJO



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

DEUSDETE SILVA ARAUJO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **EDITE COELHO DE ARAUJO** Pai: **FRANCISCO CORREIA DA SILVA** Data de Nascimento: **25/12/1974** Nacionalidade: **TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7836514/SS/PE (RG) - 83340809402 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTORIA** Telefones Celulares: **- 67996347191**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA, 396, RUA QUATORZE DE JULHO, CAGEP - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA I (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DEUSDETE SILVA ARAUJO**, que estava em posse do (a) Sr(a): **DEUSDETE SILVA ARAUJO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIR5381 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **182761390** Chassi: **9C2JC4110AR014581**

Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010**

Descrição: **FAN KS**

MOTOCICLETA II (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

O SRº DEUSDETE SILVA ARAUJO COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR QUE FOI VITIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGUNDO RELATOS DO MESMO QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA RETROMENCIONADA E ESTAVA SOZINHO E NA PE 385 NA AVENIDA TRIUNFO O MESMO AFIRMA QUE O DESCONHECIDO ACABOU COLIDINDO COM A SUA MOTO ONDE AMBOS VIARAM A CAIR SENDO QUE O SRº DEUSDETE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES, COMO CONSTA CÓPIA DE BOLETIM DE EMERGÊNCIA DE Nº 113 DAQUELE HOSPITAL E O DESCONHECIDO EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO; VALE SALIENTAR QUE O SRº DEUSDETE NÃO POSSUI CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO OU PERMISSÃO PARA DIRIGIR, SEM MAIS ENCERRO O PRESENTE BO.

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

Deusdete Silva Araujo
DEUSDETE SILVA ARAUJO
(VITIMA)

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

