

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0378544/19

Vítima: EMANOEL ANDRADE DA SILVA

CPF: 041.629.974-11

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/05/2019

Titular do CPF: EMANOEL ANDRADE DA SILVA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO : 817.008.064-91

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

EMANOEL ANDRADE DA SILVA : 041.629.974-11

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: 29/10/2019
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO
CPF: 817.008.064-91

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190610750 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMANOEL ANDRADE DA SILVA **Data do acidente:** 03/05/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO + HASTE INTRAMEDULAR) E ALTA MÉDICA. (P1 P2 P7 P9)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190610750 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMANOEL ANDRADE DA SILVA **Data do acidente:** 03/05/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO + HASTE INTRAMEDULAR) E ALTA MÉDICA. (P1 P2 P7 P9)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

1 OUTORGANTE Emanuel Andrade da Silva

Portador (a) do documento de identidade n. 6.332.105, expedido por SSP-PE em
02/06/11 inscrito no CPF sob o n. 041.629.974-11, residente na
IV Travessa Imperial n. 74
complemento Casa, Barrio Capitão, cidade São L. da Mata, Estado PE

2 OUTORGADO ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Portador (a) do documento de identidade n. 4416464, expedido por SSP-PE, em
10 / 05 / 2013 inscrito no CPF sob o n. 81700806491, residente na
RUA APULEU VIEIRA n. 113 complemento CASA, Barrio VARZIA
cidade RECIFE, Estado PE.

Nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado a cima qualificado, a quem
confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS
CONSÓRCIOS DO SEGURO - DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de
encaminhar o pedido de indenização referente ao processo de **INVALIDEZ**
PERMANENTE, ao seguro obrigatório- DPVAT, data do acidente 03 / 05 / 2019

São Lourenço da Mata, 07 de Outubro de 2019

OUTORGANTE

Emanuel Andrade da Silva



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO

Serventia Notarial de São Lourenço da Mata/PE
Rua Dez de Janeiro, 358 - Centro
(01) 3519-0217 - serventianotariais1@gmail.com.
Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:
(1) Emanuel Andrade da Silva, São Lourenço da Mata,
07/10/2019, 16:05. DOU PE. Cícera Graciela Ramos
Ribeiro - escrevente autorizada. Ao Cartório: R\$ 3,59
- TSNR: R\$ 0,00 - PERC: R\$ 0,40 - FERN: R\$ 0,04 -
FUNSEG: R\$ 0,00 - Total: R\$ 4,03. Selo(s):
0159463.RTJ09201903.00515

Consulte a autenticidade em: www.tjpe.jus.br/sistema/digital

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0378544/19

Vítima: EMANOEL ANDRADE DA SILVA

CPF: 041.629.974-11

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/05/2019

Titular do CPF: EMANOEL ANDRADE DA SILVA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO : 817.008.064-91

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

EMANOEL ANDRADE DA SILVA : 041.629.974-11

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: 29/10/2019
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO
CPF: 817.008.064-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190610750

Vítima: EMANOEL ANDRADE DA SILVA

Data do Acidente: 03/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EMANOEL ANDRADE 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, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190610750

Vítima: EMANOEL ANDRADE DA SILVA

Data do Acidente: 03/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EMANOEL ANDRADE 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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: EMANOEL ANDRADE DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000001903-8

Conta: 0000034217-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: Emmanuel Andrade da Silva

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

5 - Nome completo: Emmanuel Andrade da Silva 6 - CPF: 041.629.974-11
7 - Profissão: 8 - Endereço: Av. Imperial 9 - Número: 451 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Expobaribe 12 - Cidade: São Lourenço do Mape 13 - Estado: MAPE 14 - CEP: 54705-184
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 995305576

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 1903 8 CONTA: 34217 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife Outubro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

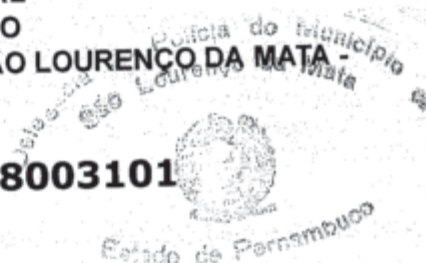
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

556758
0378544/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 038ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO LOURENÇO DA MATA -
DP38ªCIRC DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0128003101



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 07/10/2019 às 15:35

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia 3/5/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO LOURENCO DA MATA, 01, AV. BELMINIO CORREIA, EM FRENTE AO POSTO E A SEMIL. CAPIBARIBE** - Bairro: **CENTRO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INDIVIDUO (AUTOR \ AGENTE)
EDSON LACERDA DA SILVA (OUTRO)
EMANOEL ANDRADE DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EMANOEL ANDRADE DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): INDIVIDUO

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

EMANOEL ANDRADE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA ROSA DA SILVA**
Pai: **MANOEL ANDRADE DA SILVA** Data de Nascimento: **8/8/1982** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO LOURENCO DA MATA, 01, 4 TRAVESSA IMPERIAL, 74, CAPIBARIBE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

EDSON LACERDA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDSON LACERDA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EMANOEL ANDRADE DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **DWV4702 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

VEICULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **INDIVIDUO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **INDIVIDUO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE PLACA DWV-4702, DE PROPRIEDADE DE EDSON LACERDA DA SILVA. QUANDO UM VEICULO QUE VINHA A SUA ESQUERDA ENTROU REPENTINAMENTE A DIREITA, CAUSANDO ASSIM A COLISAO. AFIRMA QUE SOFREU LESAO NA REGIAO NA PERNA DIREITA, BEM COMO ESCORIOCOES PELO CORPO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS, ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA, E PERMANECEU INTERNADO POR VINTE E SEIS DIAS.

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


EMANOEL ANDRADE DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **MAGNUM SANSÃO MENDES LIMA** - Matrícula: **273258-0**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: Emmanuel Andrade da Silva

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

5 - Nome completo: Emmanuel Andrade da Silva 6 - CPF: 041.629.974-11
7 - Profissão: 8 - Endereço: Av. Imperial 9 - Número: 451 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Expobaribe 12 - Cidade: São Lourenço do Mape 13 - Estado: MAPE 14 - CEP: 54705-184
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 995305576

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 1903 8 CONTA: 34217 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife Outubro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Declaração de Atendimento

Declara para os devidos fins que o(a) Srº(a) Emanuel Andrade da Silva, RG 6.332.105, CPF 041.629.974-11. Foi atendido pela unidade básica deste município, com o atendimento de nº 623.225, vítima de acidente de trânsito em 03/05/2019, sendo conduzido para o Hospital Getulio Vargas.

São Lourenço da Mata 26/06/2019

JOSÉ ROBERTO DA SILVA LIMA

DIRETOR DO SAMU MAT.: 206161

Dra. Gilvanete M. Souza Pinheiro
Enfª Sanitarista / Obstetra /
Saúde Mulher - Coren 382.098

GILVANETE M.º SOUZA PINHEIRO

COORD. ENFERMAGEM COREN 382.098

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

05/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EMANOEL ANDRADE DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01903-8

CONTA: 000000034217-3

Nr. Autenticação

BRDESCO0511201905000000000023701903000000034217236250 PAGO

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

A. JOSÉ DE CARVALHO
RUA DE CARVALHO
Cidade de Recife
CEP 51010-000
PE

CELPE

DADOS DO CLIENTE MARIA EVANILDA ANDRADE	DATA DE VENCIMENTO 21/10/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 14/10/2019	CONTA CONTRATO 7027497661
ENDEREÇO TV 4 IMPERIAL 451 -CAPIBARIBE/SAO LOURENÇO DA MATA -54705-184 SAO LOURENCO DA MATA PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 118,01	DATA DA APRESENTAÇÃO 14/10/2019	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
PERÍODO CONSUMO 11/09/2019 a 14/10/2019	CONSUMO 104		
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 22,20			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 7027497661	MÊS/ANO 10/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 118,01	VENCIMENTO 21/10/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA				

838900000013 180100110074 027497661103 142364417333





ATENDIMENTO: PRACA FARIAS NEVES - NUM. - 5/N - DOIS IRMAOS R
ECIFE PE 52171-011

CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

DADOS DO CLIENTE: ROBINSON NASCIMENTO DA SILVA
R APULEU VIEIRA, N. 00113 - VARZEA RECIFE PE 50810-370
INSCRIÇÃO: 340.419.440.0366.000 GRUPO: 15 DEB. AUTOMÁTICO: 054871430

54871430 Set/2019

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A175611159	DATA LEIT. ANTERIOR 10/09/2019	DATA LEIT. ATUAL 09/10/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL	

ÁGUA:
LEIT ANT: 238 CONSUMO: 12
LEIT ATU: 250
LEIT FAT: 250

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

08/2019 16
07/2019 16
06/2019 17
05/2019 22
04/2019 15
03/2019 13
MÉDIA: 17

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	126	148	145
COR APARENTE	148	148	143
CLORO RESIDUAL	148	148	148
COLIF. TOTAIS	148	148	147
E. COLI	148	148	148

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 44,08 POR UNIDADE

11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,05 POR M3

DOAÇÃO AO PRO-CRIANÇA 09/2019

CONSUMO TOTAL (R\$)

10 M3 44,08

2 M3 10,10

1,00

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	54,18	1,65	0,89
COFINS	54,18	7,60	4,12

VENCIMENTO: 20/10/2019

TOTAL A PAGAR: 55,18

MENSAGEM:

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Artur Valeriano da Costa Neto inscrito (a) no CPF 817.008.064-191 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Emanuel Andrade da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.629.974-11 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Emanuel Andrade da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.629.974-11, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Apuleu Vilela</u>		Número: <u>113</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Vorzeq</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>50810-370</u>
Email: _____	Telefone comercial(DDD): _____		Telefone celular (DDD): <u>(81) 995305579</u>

Recife 22 de outubro de 2019
Local e Data

Artur V. Costa Neto
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edson Lacerda da Silva

RG nº 4532508

Data de Expedição 04/02/2006

Órgão SDS IPE

portador do CPF nº 833.047.204-30

Com o domicílio na cidade de São Lourenço da Mata

No estado de Pernambuco, onde resido na (Rua /Avenida) Rua: Hope-
lin nº 02 Barrio: Vangafria

Declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima, Emanuel

Andrade da Silva

Cujo condutor era Emanuel Andrade da Silva

Veículo Motocicleta Modelo: Honda /CG 125 FAN

Ano: 2007 placa: DWV4702 Chassi: 9C2JC30707R225637

Data do Acidente: 03/05/2019

Local e Data: São Lourenço da Mata, 12 de junho de 2019



Edson Lacerda da Silva

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO

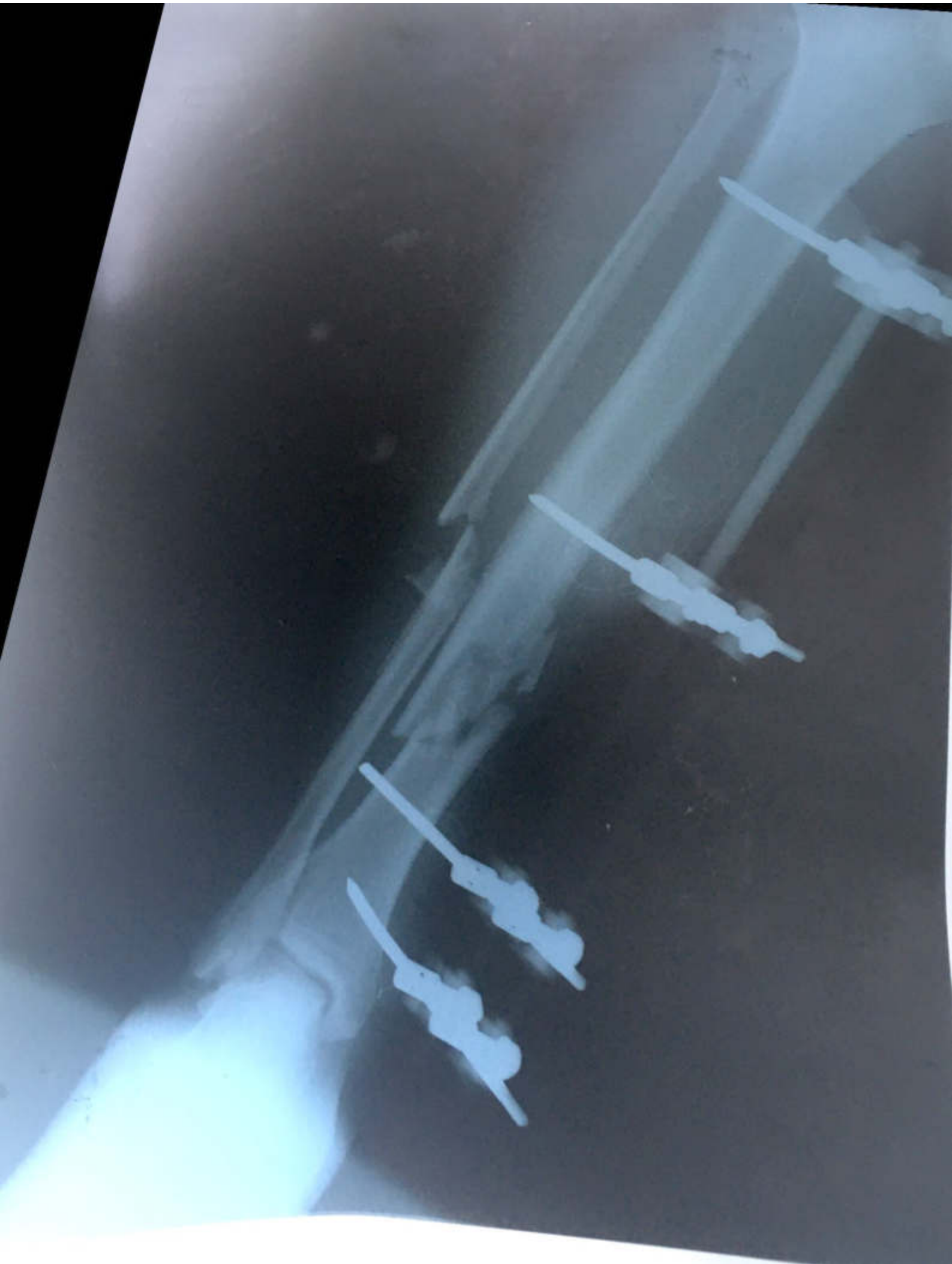
Serventia Notarial de São Lourenço da Mata/PE
Rua Dez de Janeiro, 258 - Centro
(01) 3519-0217 - serventianotariala1@gmail.com.

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de: (1) Edson Lacerda da Silva - São Lourenço da Mata, 12/06/2019, 11:35. DOU PE. Anna Gabriella Farinha de Medeiros - escrivania autorizada. Ao Cartório: R\$ 3,99 - TSNR: R\$ 0,80 - FERC: R\$ 0,40 - FERN: R\$ 0,04 - FUNSEG: R\$ 0,08 - Total: R\$ 4,91. Selo(s): 0159483.00806201931.00581

Consulta Autenticidade em: www.tpo.jus.br/selodigital

Assinatura do declarante do veículo (Reconhecer Firma por Autenticidade)

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









EMERGENCY MEDICAL CENTER
2/10/19





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL
Getúlio Vargas



Paciente: EMANOEL ANDRADE DA SILVA

Prontuário: 01118505

Data de Nascimento: 08/08/1982

Idade: 36a 9m 27d

Sexo: MASCULINO

RELATÓRIO MÉDICO

O Paciente Supra-citado, foi atendido nesta data, com diagnostico de:

FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA, DEVIDO ACIDENTE MOTOCICLISTICO NO DIA 03/05/2019. REALIZANDO TRATAMENTO CLINICO ORTOPEDICO NO HOSPITAL GETULIO VARGAS, PERMANECENDO INTERNADO POR 26 DIAS. NO MOMENTO EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL E FISIOTERAPICO.

Feito o Exame de IMAGEM (RADIOGRAFIAS)

Observação:

INICIO DE CARGA PARCIAL EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.
FISIOTERAPIA MOTORA
ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Recife, 05 DE JUNHO DE 2019

Dr. Abílio Cruz
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 27950

ABÍLIO AUGUSTO PIMENTEL CRUZ - CRM: Nº.27950

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martín, S/N - Cordeliro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS**

EMANOEL ANDRADE DA SILVA, 36 anos

LAUDO MÉDICO

Paciente vítima de acidente motociclistico apresentando FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA NO DIA 03/05/2019. REALIZANDO TRATAMENTO CLINICO ORTOPEDICO NO HOSPITAL GETULIO VARGAS, PERMANECENDO INTERNADO POR 26 DIAS. NO MOMENTO EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL E FISITERAPICO.

CID10: S82


Dr. Abílio Cruz
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 27950

Recife, 05/06/2019

EMANUEL ANDRADE DA SILVA			01118505
716962	MASCULINO	36a 9m 19d	CLINICA ORTOPEDIA, CLORT 105-02

Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM DOR E DEFORMIDADE EM PERNA DIREITA
 FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Tratamento:

- 1. IMC + FIXADOR EXTERNO + SUTURA
- 2. REALIZADO OSTEOSINTESE DEFINITA COM HASTE INTRAMEDULAR (DR WAGNER)

Plano de Tratamento do Grupo do Trauma Definido Alta Hospitalar

1. CEFALGICA POR 10 DIAS

2. DIETAS

3. MONITORAMENTO DO TRAUMA COM 7 DIAS.

Sinais Clínicos (no momento da Alta)

- 1. QUEIXAS.
- 2. PAC. EM ALERTA, CORADO, HIDRATADO, ANICTERICO, AFEBRIL. FO SEM SINAIS FLOGISTICOS
- 3. CLAR PRESERVADO.

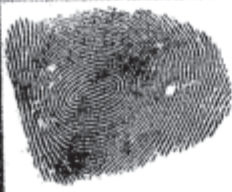
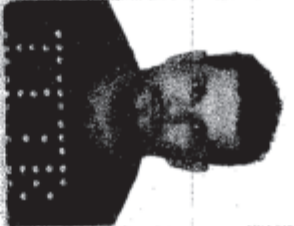
DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
28/05/2019	28/05/2019

Assinatura: 28 DE MAIO DE 2019

ABILIO AUGUSTO PIMENTEL CRUZ - CRM: Nº.27950

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO CAC-01
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUIEL

Emanuel Andrade da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6.332.105 DATA DE EXPEDIÇÃO 02/06/2011

NOME << EMANOEL ANDRADE DA SILVA >>

FILIAÇÃO << MANOEL ANDRADE DA SILVA >>
<< MARIA ROSA DA SILVA >>

NATURALIDADE SÃO LOURENÇO DA MATA - PE DATA DE NASCIMENTO 08/08/1982

DOC ORIGEM << CN.35412 L.A-30 F.232V CART. 140DIST RECIFE PE 23.05.1983 >>

CPT 041.629.974-11

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1487430708

NOME		
ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO		
DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF		
4416464 SSP PE		
CNPJ	DATA NASCIMENTO	
817.088.064-91	02/03/1972	
FILIAÇÃO		
GILBERTO VALERIANO DA COSTA		
HELENA MARIA DA SILVA COSTA		
PERMISSÃO	ACC	CAT. HAB.
000000000000000000	0000000000	
Nº REGISTRO	VALIDADE	Nº HABILITAÇÃO
04324080986	30/09/2022	26/03/2008



PROIBIDO PLASTIFICAR
1487430708

OBSERVAÇÕES
NAK

Artur V. Costa Neto

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL	DATA EMISSÃO
RECIFE, PE	30/10/2017



Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

30380611474
PE081620225

PERNAMBUCO