

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6252492 DATA DE EXPEDIÇÃO 09.03.1999

NOME ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA

Manoel Francisco da Silva
Severina Francisca da Silva

NATURALIDADE Bezerros PE. DATA DE NASCIMENTO 22.07.1981

DOC ORIGEM C.M. 5803 L.A.25 F.145 - Cart de Sapucarana-Bezerros PE.

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

038672324-55

22/07/81

ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

20 MAR 2027

PROTOCOLO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO TAVARES BURIL

Carteira de Identidade

Assinatura do Titular

Rozenildo Francisco da Silva

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura Rozenildo Francisco da Silva

ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 06/04/99

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: 038.572.324-SS 3 - CPF da vítima: 038.572.324-SS 4 - Nome completo da vítima: Rosenildo Francisco 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: Rosenildo Francisco da Silva 6 - CPF: 038.572.324-SS
7 - Profissão: Recepcionista 8 - Endereço: Rua Joaquim Nabuco 9 - Número: 30 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Camocim de São Felix PE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55665-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 9 9258-3087

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: 2192 CONTA: 72101 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) vivo(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

COMPROMISSO DE PREVIDÊNCIA S/A
20 MAR 2020

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Camocim de São Felix 24/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)




COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
20 MAR 2020
PROTOCOLO
AGÊNCIA 10075



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELETRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - São Vito, Recife - PE - CEP 51020-900
CNPJ: 10.825.932/0001-08 | Insc. Est. 0005983-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ATA PUBLISHED BY SCIENTIA

CPH: 780 410 064 ext 225 2120174089

CLASSIFICAÇÃO
R1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM VO
Mortgage

CPF DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
088220013	150000	16/12/2019
APPROVAÇÃO	DATA CANCELAMENTO	CPF DA CANCELAMENTO
16/12/2019	2021.12.15	850000

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

Fig. 2. *Concussion threshold*

DEPARTMENT OF THE ARMY
WASHINGTON, D.C. 20315-6000
DA FORM 101-2 (10-67)

DATA CONTRATO	DATA EMISSÃO
4003575387	17/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PAGAMENTO PROVISÓRIO - ATUAL
28/12/2019	15/01/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	107,15

SERVIÇOS DA NOTA FISCAL

[illegible]

TOTAL CUM FAVORA

107.15

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
010102000	1.67	16/11/2018	497.00	16/12/2018	804.20	30	1.00000		183.50

HISTÓRICO DE CONVERSAS

Year	epidemiology	epidemiologic
1980	10	10
1981	15	15
1982	20	20
1983	25	25
1984	30	30
1985	35	35
1986	40	40
1987	45	45
1988	50	50
1989	55	55
1990	60	60

THE ORGANIZATION OF THE TRANSLATION

BASED ON EALC 1000	%	WALC WALC 1000
1000	100.00	100.00
1000	100.00	100.00
1000	100.00	100.00

Keywords: *workplace spirituality, organizational commitment, organizational citizenship behavior, turnover intention, organizational trust, organizational justice*

Umsatz des Einzelhandels	100	100,00	100,00
Verkaufsförderung	101	101,00	101,00
Verkaufsförderung (Zugang)	102	102,00	102,00
Verkaufsförderung (Abgang)	103	103,00	103,00
Verkaufsförderung (Zugang)	104	104,00	104,00
Verkaufsförderung (Abgang)	105	105,00	105,00
Verkaufsförderung (Zugang)	106	106,00	106,00
Verkaufsförderung (Abgang)	107	107,00	107,00
Verkaufsförderung (Zugang)	108	108,00	108,00
Verkaufsförderung (Abgang)	109	109,00	109,00
Verkaufsförderung (Zugang)	110	110,00	110,00
Verkaufsförderung (Abgang)	111	111,00	111,00
Verkaufsförderung (Zugang)	112	112,00	112,00
Verkaufsförderung (Abgang)	113	113,00	113,00
Verkaufsförderung (Zugang)	114	114,00	114,00
Verkaufsförderung (Abgang)	115	115,00	115,00
Verkaufsförderung (Zugang)	116	116,00	116,00
Verkaufsförderung (Abgang)	117	117,00	117,00
Verkaufsförderung (Zugang)	118	118,00	118,00
Verkaufsförderung (Abgang)	119	119,00	119,00
Verkaufsförderung (Zugang)	120	120,00	120,00
Verkaufsförderung (Abgang)	121	121,00	121,00
Verkaufsförderung (Zugang)	122	122,00	122,00
Verkaufsförderung (Abgang)	123	123,00	123,00
Verkaufsförderung (Zugang)	124	124,00	124,00
Verkaufsförderung (Abgang)	125	125,00	125,00
Verkaufsförderung (Zugang)	126	126,00	126,00
Verkaufsförderung (Abgang)	127	127,00	127,00
Verkaufsförderung (Zugang)	128	128,00	128,00
Verkaufsförderung (Abgang)	129	129,00	129,00
Verkaufsförderung (Zugang)	130	130,00	130,00
Verkaufsförderung (Abgang)	131	131,00	131,00
Verkaufsförderung (Zugang)	132	132,00	132,00
Verkaufsförderung (Abgang)	133	133,00	133,00
Verkaufsförderung (Zugang)	134	134,00	134,00
Verkaufsförderung (Abgang)	135	135,00	135,00
Verkaufsförderung (Zugang)	136	136,00	136,00
Verkaufsförderung (Abgang)	137	137,00	137,00
Verkaufsförderung (Zugang)	138	138,00	138,00
Verkaufsförderung (Abgang)	139	139,00	139,00
Verkaufsförderung (Zugang)	140	140,00	140,00
Verkaufsförderung (Abgang)	141	141,00	141,00
Verkaufsförderung (Zugang)	142	142,00	142,00
Verkaufsförderung (Abgang)	143	143,00	143,00
Verkaufsförderung (Zugang)	144	144,00	144,00
Verkaufsförderung (Abgang)	145	145,00	145,00
Verkaufsförderung (Zugang)	146	146,00	146,00
Verkaufsförderung (Abgang)	147	147,00	147,00
Verkaufsförderung (Zugang)	148	148,00	148,00
Verkaufsförderung (Abgang)	149	149,00	149,00
Verkaufsförderung (Zugang)	150	150,00	150,00
Verkaufsförderung (Abgang)	151	151,00	151,00
Verkaufsförderung (Zugang)	152	152,00	152,00
Verkaufsförderung (Abgang)	153	153,00	153,00
Verkaufsförderung (Zugang)	154	154,00	154,00
Verkaufsförderung (Abgang)	155	155,00	155,00
Verkaufsförderung (Zugang)	156	156,00	156,00
Verkaufsförderung (Abgang)	157	157,00	157,00
Verkaufsförderung (Zugang)	158	158,00	158,00
Verkaufsförderung (Abgang)	159	159,00	159,00
Verkaufsförderung (Zugang)	160	160,00	160,00
Verkaufsförderung (Abgang)	161	161,00	161,00
Verkaufsförderung (Zugang)	162	162,00	162,00
Verkaufsförderung (Abgang)	163	163,00	163,00
Verkaufsförderung (Zugang)	164	164,00	164,00
Verkaufsförderung (Abgang)	165	165,00	165,00
Verkaufsförderung (Zugang)	166	166,00	166,00
Verkaufsförderung (Abgang)	167	167,00	167,00
Verkaufsförderung (Zugang)	168	168,00	168,00
Verkaufsförderung (Abgang)	169	169,00	169,00
Verkaufsförderung (Zugang)	170	170,00	170,00
Verkaufsförderung (Abgang)	171	171,00	171,00
Verkaufsförderung (Zugang)	172	172,00	172,00
Verkaufsförderung (Abgang)	173	173,00	173

111

Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Ltd.

© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 103–110

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 105–112

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

© 2017 The Author(s). Published by Cambridge University Press. This is an Open Access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution licence (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

© 2000 Blackwell Science Ltd
Journal of Internal Medicine 247: 395-401

COMPREH

20 MAR 2020

PROTOCOLLO

CONDICIONES DE USO DE LOS TIPOS DE CABLE					TENSION NOMINAL (V)	
CONDICIONES DE USO DE LOS TIPOS DE CABLE	VALOR NOMINAL (V)	LIMITE MINIMO	LIMITE MAXIMO	LIMITE NOMINAL	VALOR NOMINAL	VALOR MAXIMO
CONDICIONES DE USO DE LOS TIPOS DE CABLE	2.2	0.4	0.4	0.4	2.2	2.2
CONDICIONES DE USO DE LOS TIPOS DE CABLE	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
CONDICIONES DE USO DE LOS TIPOS DE CABLE	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4

CONTA CONTRATO	MÉDANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
44000000000000000000	13/01/2019	25/12/2019	107,1



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0179003158**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/12/2019** às **14:33**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **11/11/2019** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 01, SÍTIO SANTA LUZIA - Bairro: DO CAMPO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA / SÍTIO SANTA LUZIA, PRÓXIMO A SEMEITEIRA/ESTUFA DE SILVANO

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

(AUTOR \ AGENTE)
JACILDO JOSÉ DOS SANTOS (OUTRO)
JOSÉ LUCIANO DOS SANTOS (TESTEMUNHA)
JOSÉ SEBASTIÃO DE SANTANA NETO (TESTEMUNHA)
ROSENILDO FRANCISCO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ROSENILDO FRANCISCO DA SILVA

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

ROSENILDO FRANCISCO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA FRANCISCA DA SILVA
Pai: MANOEL FRANCISCO DA SILVA Data de Nascimento: 22/7/1981 Naturalidade: BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL
Documentos: 6252492/SSP/PE (RG), 03857232455 (CPF), 05217299497 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: MOTOTAXISTA Telefones Celulares: - 81996775707

Endereço Residencial: RUA DONA HERCULINA, 1 - CEP: 55665000 - Bairro: - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO /BRASIL

JACILDO JOSÉ DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: , Pai: , Data de Nascimento: 1/1/1930
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

(não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: , Pai: , Data de Nascimento: 1/10/1930 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JOSÉ LUCIANO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: , Pai: , Data de Nascimento: 1/10/1930
Naturalidade: CAMOCIM DE SAO FELIX / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA DONA HERCULINA, 36 - CEP: 55665000 - Bairro: - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO /BRASIL

JOSÉ SEBASTIÃO DE SANTANA NETO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: , Pai: , Data de Nascimento: 10/10/1930
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: RUA DONA HERCULINA, 56 - CEP: 55665000 - Bairro: - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO /BRASIL

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

MOTOCICLETA HONDA/NXR160 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JACILDO JOSÉ DOS SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a): ROSENILDO FRANCISCO DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE) Unitário: (REAL)

Placa: PCQ2877 (PERNAMBUCO/CAMOCIM DE SAO FELIX) Renavam: 105440888 Chassi: 9C2KD0800FR031454

Ano Fabricação/Modelo: 2015/2015 Combustível: ALCO/GASOL

Descrição: PAS/MOTOCICLETA/HONDA NXR160 ALCO/GASOL DE COR VERMELHA, A REFERIDA MOTO AINDA SE ENCONTRA EM NOME DO SR. JACILDO

Complemento / Observação

ESCLARECE A VÍTIMA QUE ESTAVA VINDO DO POVOADO DE SANTA LUZIA, ZONA RURAL DE CAMOCIM DE SÃO FÉLIX-PE, DE UMA VIAGEM, QUANDO SE DEPAROU COM UMA OUTRA MOTO DE CARACTERÍSTICAS NÃO SABIDAS, EM ALTA VELOCIDADE, CONDUZIDA POR UMA PESSOA DESCONHECIDA, NÃO TENDO SIDO POSSÍVEL EVITAR A COLISÃO FRONTAL, RESULTANDO AS MOTOS DANIFICADAS E O SR. ROSENILDO FRANCISCO SOFRIDO VÁRIAS LESÕES, QUANDO POPULARES O CONDUZIRAM PARA A UNIDADE DE SAÚDE MAIS PRÓXIMA DA CIDADE DE CAMOCIM DE SÃO FELIX E, DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES, DE IMEDIATO FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU-PE, ONDE FICOU INTERNADO E PASSOU POR CIRURGIA.

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

Rosenildo Francisco da Silva

ROSENILDO FRANCISCO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: MARTA CABRAL XAVIER - Matrícula: 3854019



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: 038.572.324-SS 3 - CPF da vítima: 038.572.324-SS 4 - Nome completo da vítima: Rozenildo Francisco 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: Rozenildo Francisco da Silva 6 - CPF: 038.572.324-SS
7 - Profissão: Revisor-PE 8 - Endereço: Rua Joaquim Nabuco 9 - Número: 30 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Ramocim de São Felix 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55665-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 9 9258-3087

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: 2192 CONTA: 72101 ☐ 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha
70 MAR 2020
PROTOCOLADO
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

40 - Local e Data: Ramocim de São Felix 24/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)




COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
20 MAR 2020
PROTOCOLO
AGÊNCIA 10075

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200126921

Vítima: ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA

Data do Acidente: 11/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROZENILDO FRANCISCO 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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: **ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000002192**

Conta: **0000072101-0**

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



Rio de Janeiro, 23 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200126921

Vítima: ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA

Data do Acidente: 11/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROZENILDO FRANCISCO 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



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: 30/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 000000072101-0

Nr. da Autenticação 99F1A956DFBA3620

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100220/20

Vítima: ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA

CPF: 038.572.324-55

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/11/2019

Titular do CPF: ROZENILDO FRANCISCO
DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA : 038.572.324-55

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: 20/03/2020
Nome: ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA
CPF: 038.572.324-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/03/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA

JONATAN BARBOSA DE BARROS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200126921 **Cidade:** Camocim de São Félix **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA **Data do acidente:** 11/11/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE LE FORT I.
FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO MAXILAR DIREITO.
FRATURA DOS OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

**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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



SECRETARIA
MUNICIPAL
DE SAÚDE

UNIDADE MISTA NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

REGISTRO Nº: 201.459
DATA 11/11/19
HORÁRIO: 11 H. 15 MIN.

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Unidade de origem: _____ Profissional ACS: _____
Nome do paciente: Rozilda Francisco da Silva
Genitora: Rozilda Francisco da Silva
Data nasc: 22/07/81 Idade: 38a Sexo: ☒ MASC. () FEM. Cor: _____
Endereço: Rua Hercúlio nº: _____
Bairro: _____ Ponto de referência: _____
Profissão: Agricultor
Nome do acompanhante: _____ () Filho () Outro

LOCAL DE OCORRÊNCIA:

TIPO DE OCORRÊNCIA: () ACIDENTE DE TRÂNSITO () AGRESSÃO () OUTROS
() ACIDENTE DE TRABALHO () SUICÍDIO

PACIENTE CHEGOU: () ANDANDO () AMBULÂNCIA () AUTOMÓVEL () OUTROS

PRESSÃO ARTERIAL: MAX. MIN. PESO: TEMP:

QUEIXA PRINCIPAL:

Pd quando se levantou, com sangramento nasal
atras, posterior nasal e ungueal.

EXAME FÍSICO:

com dor intensa

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura/ Trauma de Face CID: _____

EXAMES SOLICITADOS:

TRATAMENTO PROPOSTO:

Data: 11/11/19
Comp. dispensação
Ass: _____

0 50 mg 1800ml IV
0 clonazepam 1 FA + 50 mg IV
0 Isosorbida 2 mg + 30 mg IV



DESTINO DO PACIENTE:

() OBSERVAÇÃO CLÍNICA () CETO: _____ H _____ MIN
() LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA
() LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA ☒ TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE
() INTERNAMENTO HRA BMO

ALTA HOSPITALAR

DATA: _____ HORA: _____

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO



DECLARAÇÃO

*Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que
o Sr.(a) Rozenildo Francisco da Silva*

*Esteve Interno (a) nesta Unidade Hospitalar, no dia, 11/11/2019 a
19/11/2019*

Registro: 348751

Diagnostico: Fratura de Le fort 1 Esquerda + CZM Direito + OPN.

Tratamento: Cirúrgico .

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito. CID: S02.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 09 de Dezembro de 2019

09.794.975/0269-27

FUSAM - Hospital Regional do Agreste

Rua 232, Km 130

Indianópolis - CEP 55000-000

Caruaru - PE

setor de arquivo (SAME)

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Jozenildo Francisco da Silva

Prontuário: 348751

Data: 11 / 11 / 19

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

fratura Le 4art I (C) + C 7M (D) + OPU

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Retornar ao ambulatório de Dr. Paulo Freitas no dia
25/11/19 às 7:00. OBS: Levar todos os exames e marcas
com antecedência

06:30

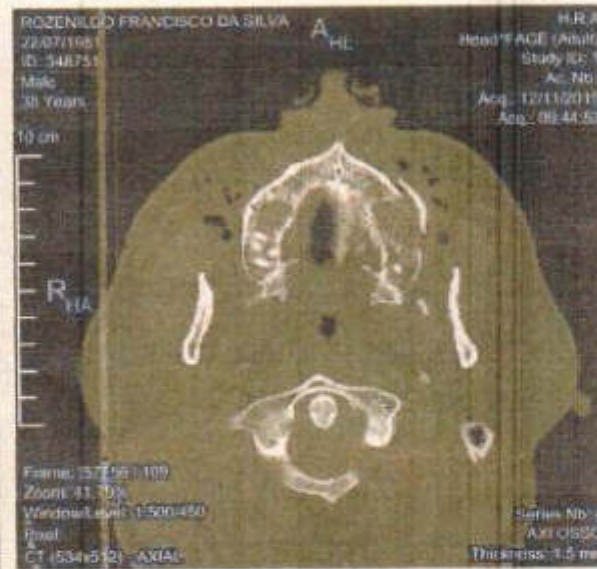
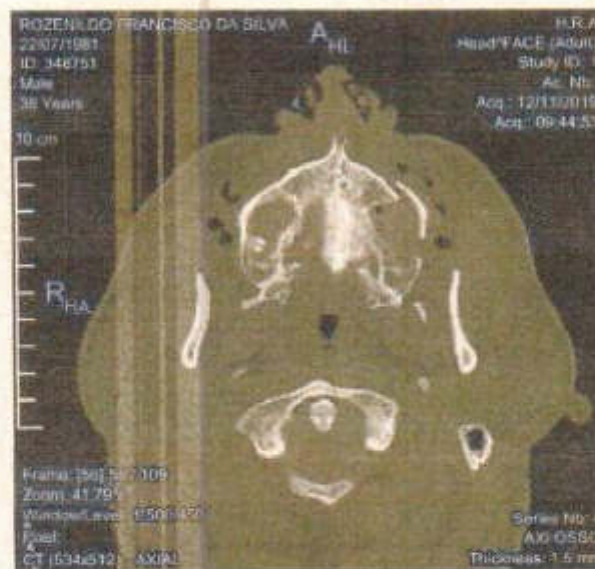
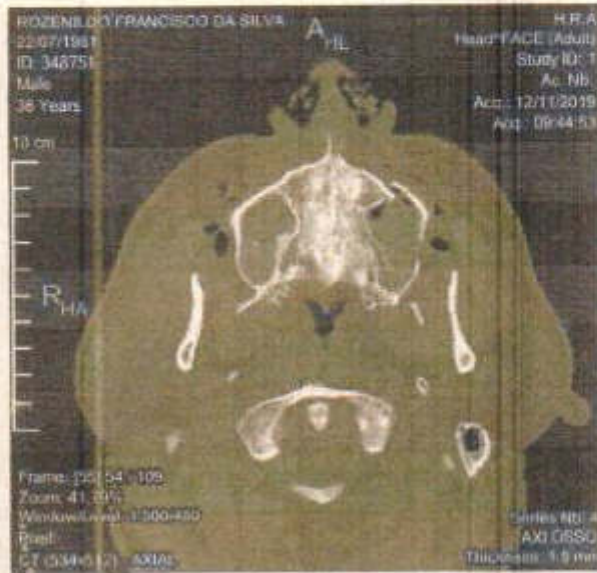
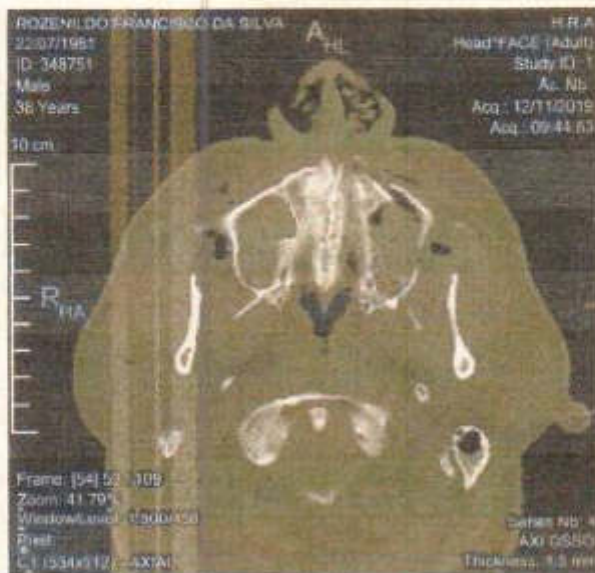
TRATAMENTO REALIZADO:

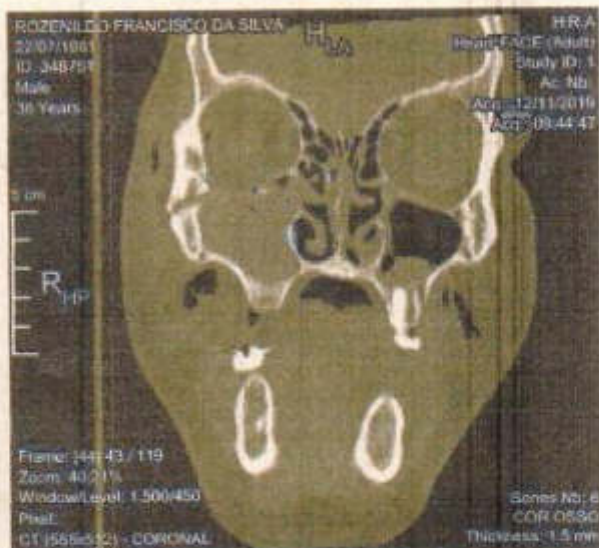
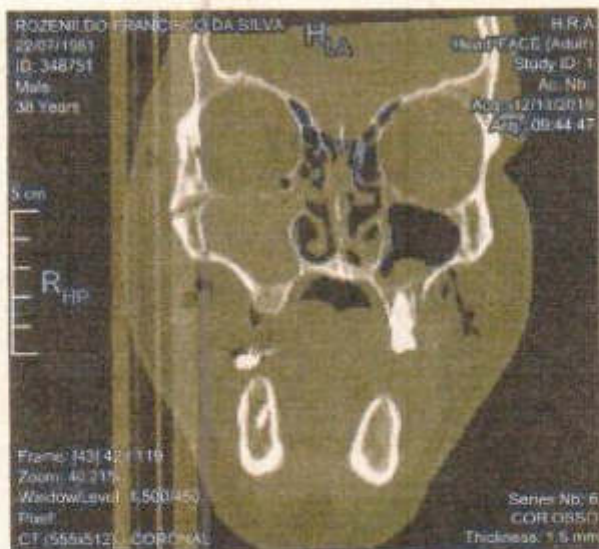
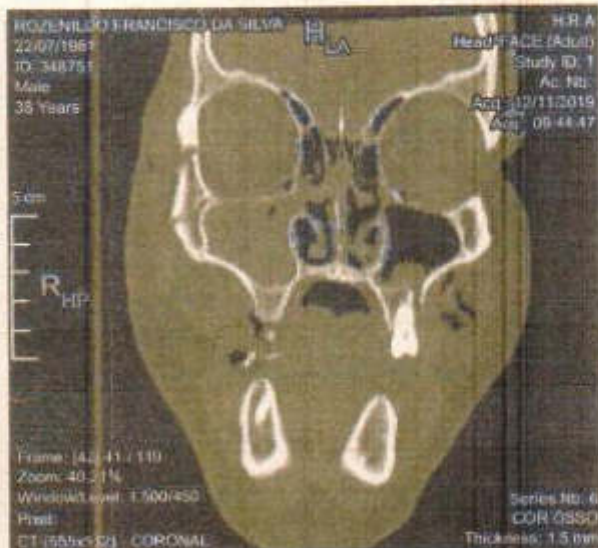
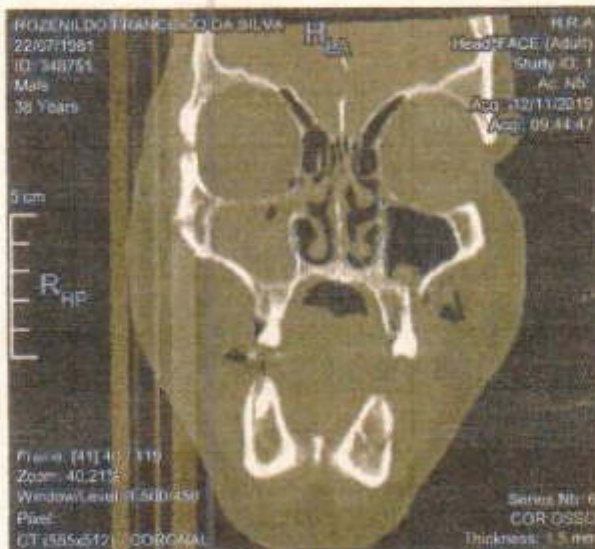
Intussusção de fratura Complexo orbital - zigomaxi-
maxila

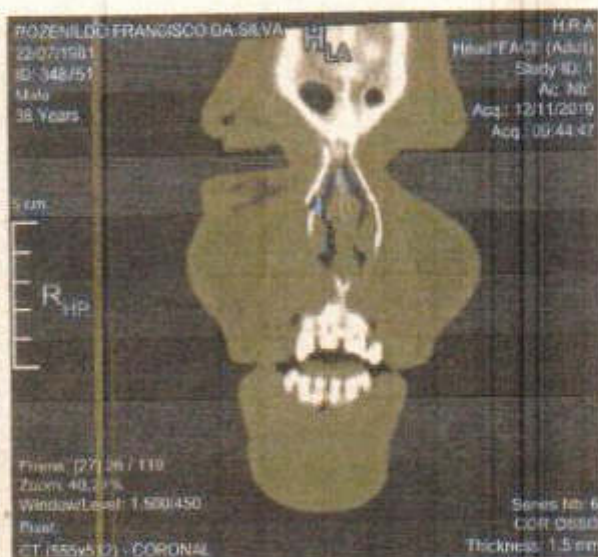
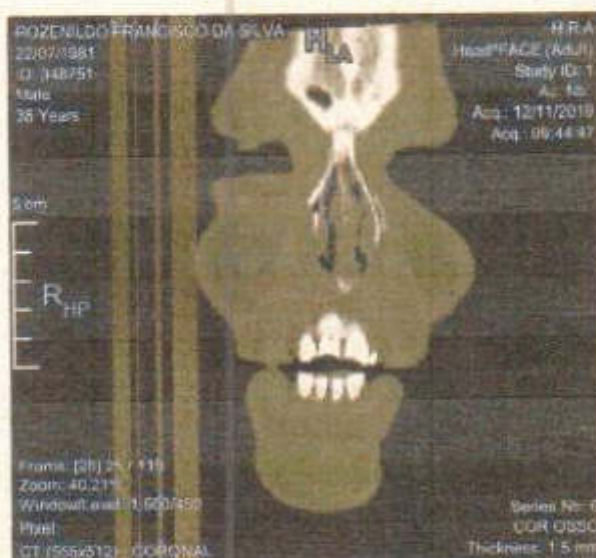
Alta Hospitalar: Data: 19 / 11 / 19

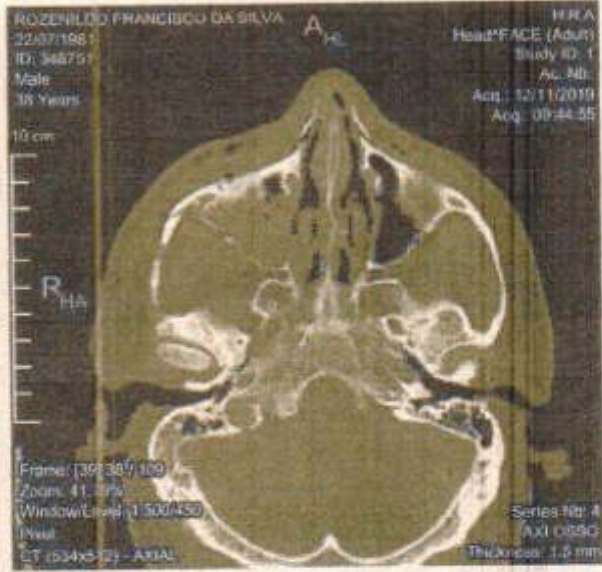
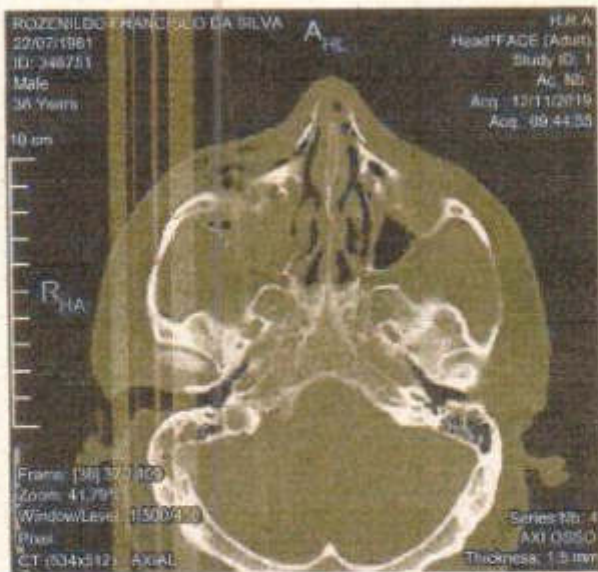
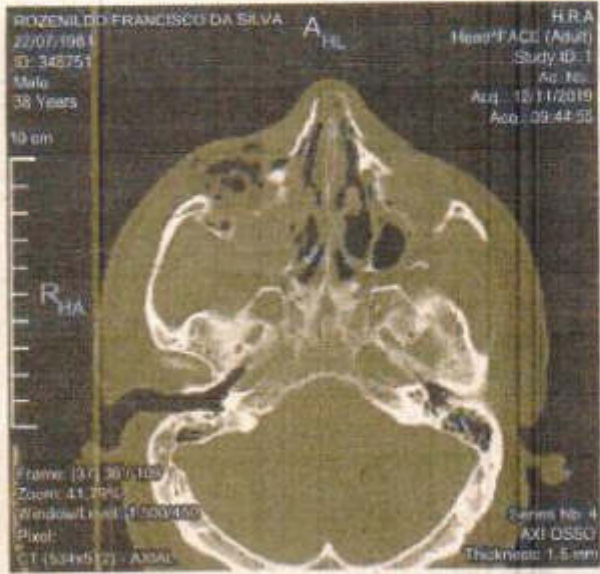
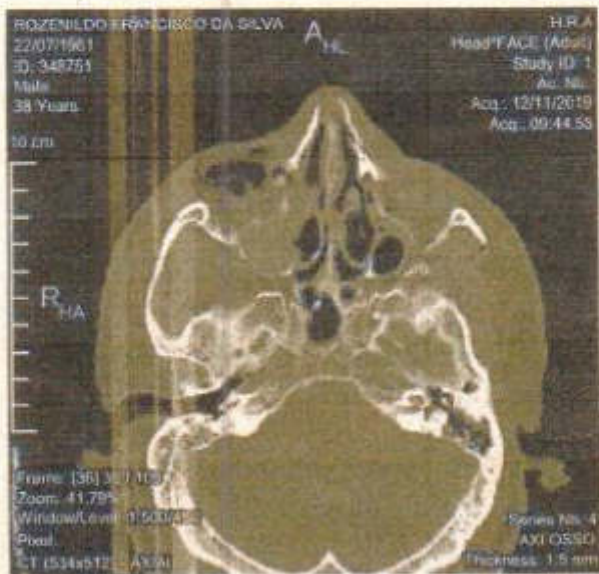
Hora: 09:00

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

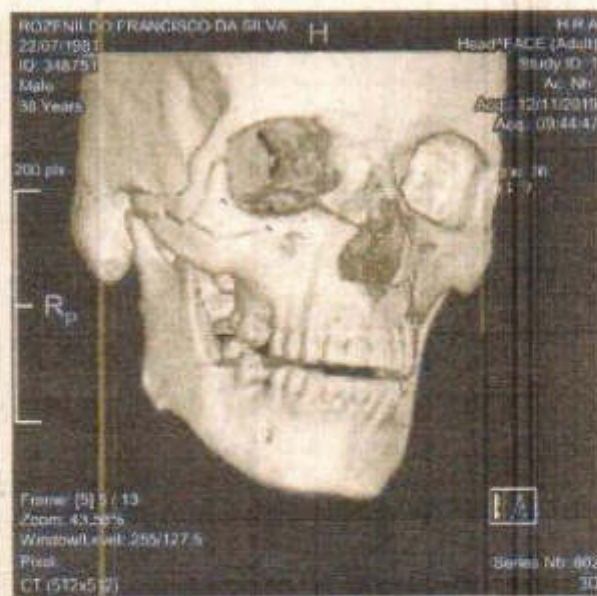
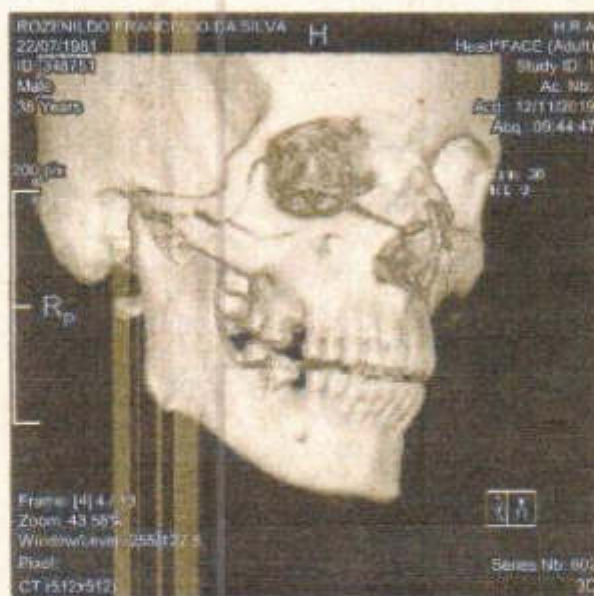
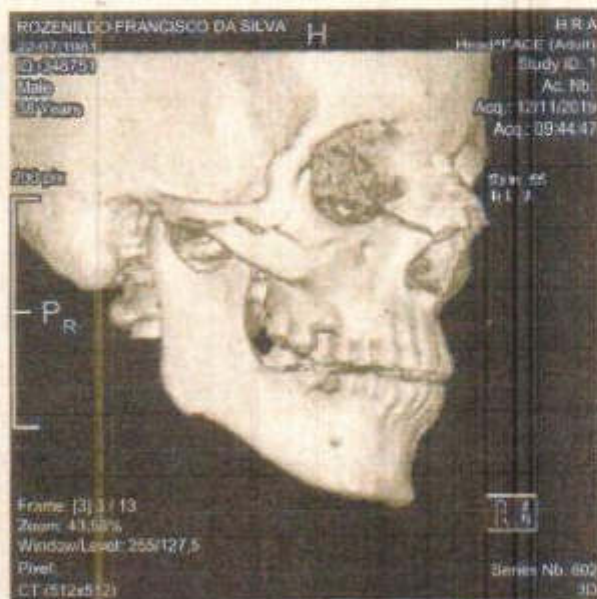
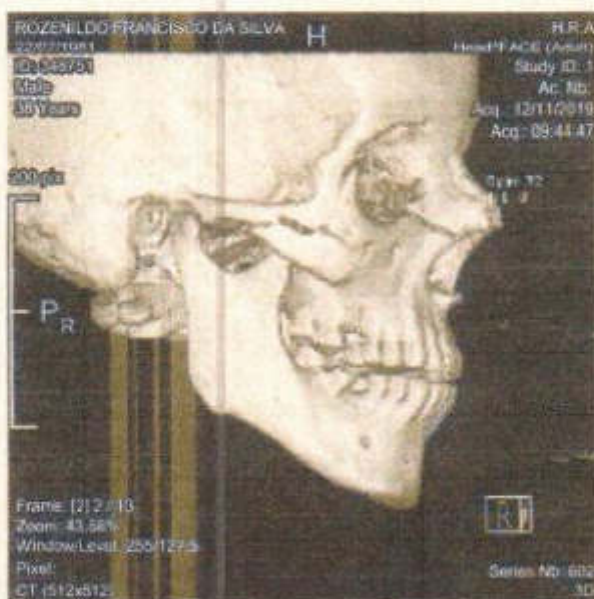


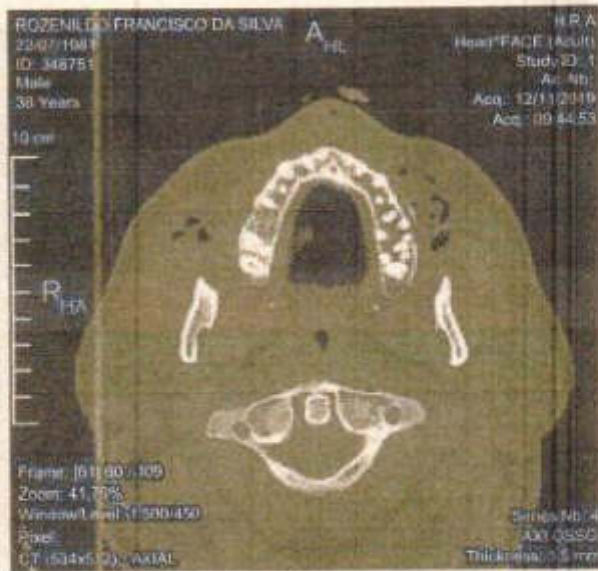
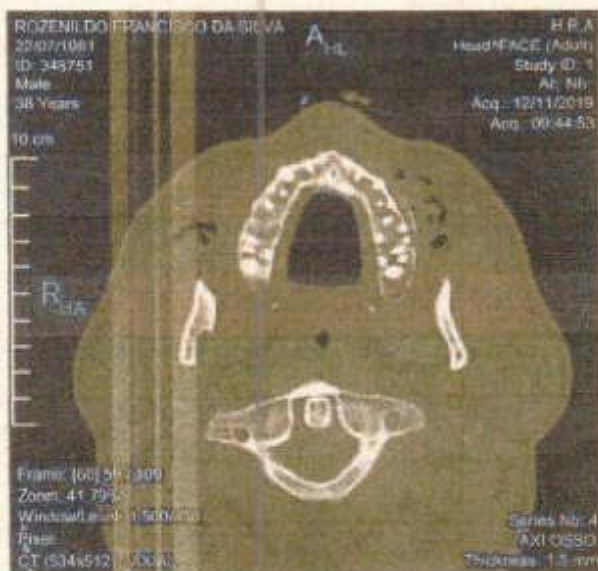
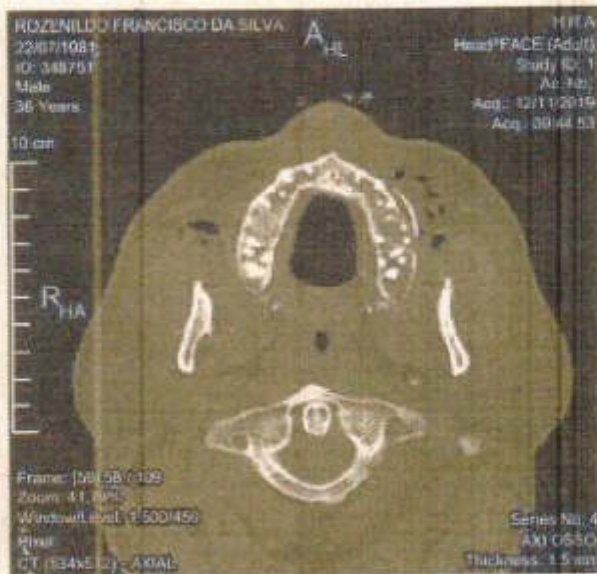
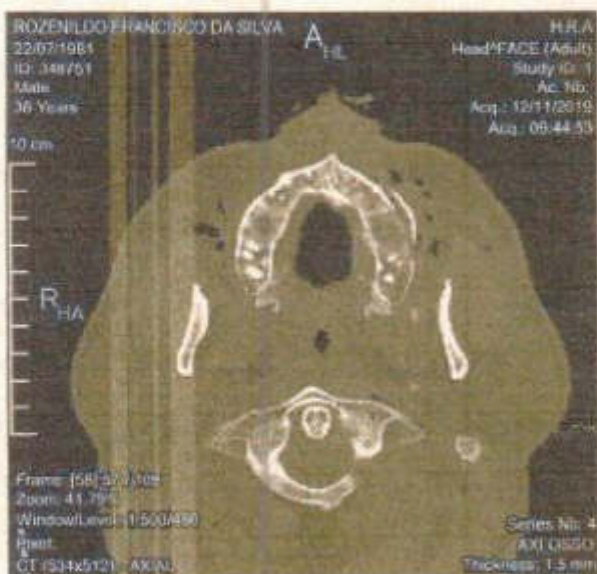


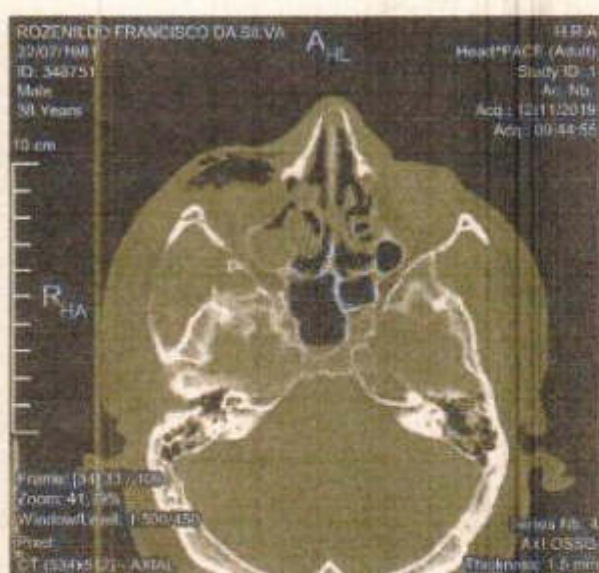
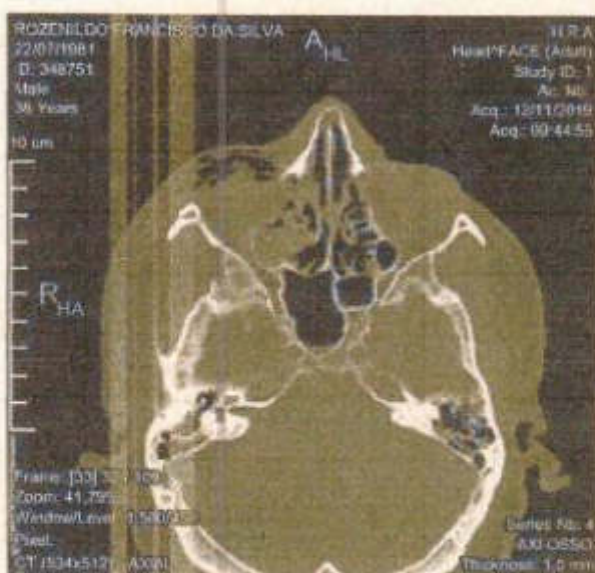
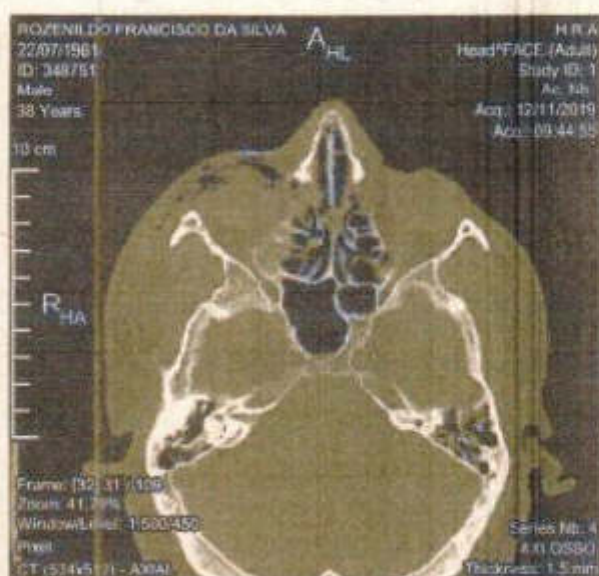
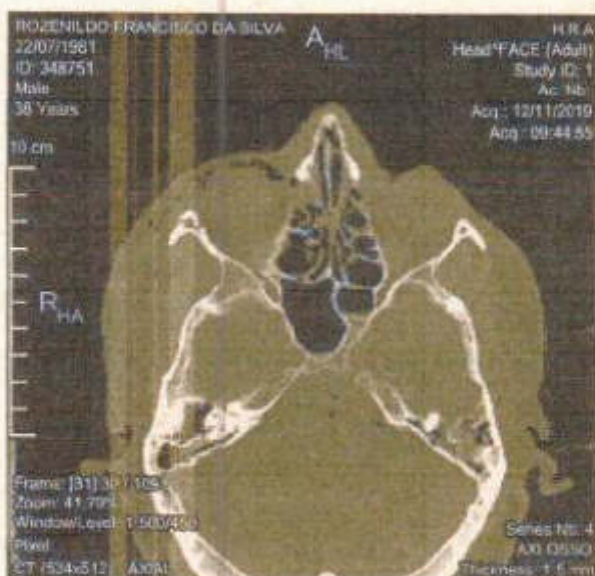


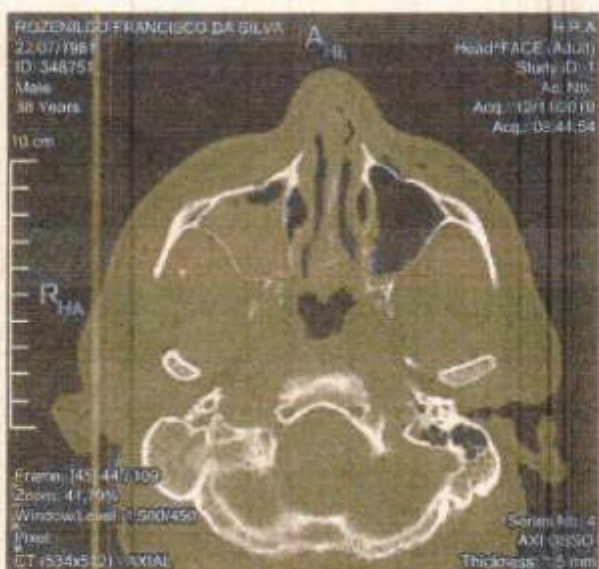
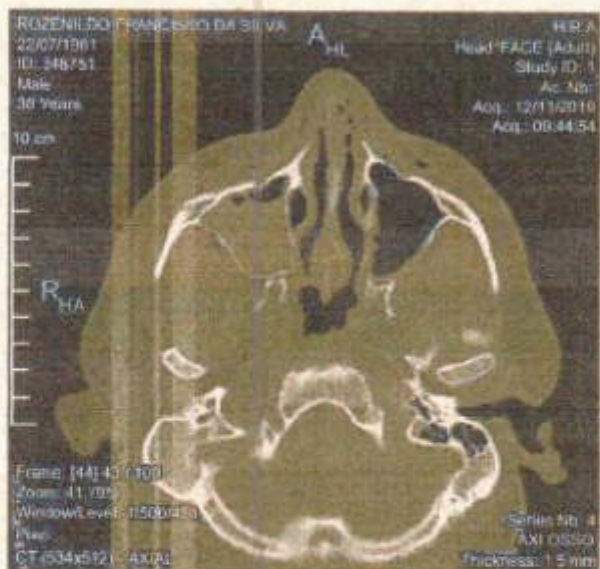
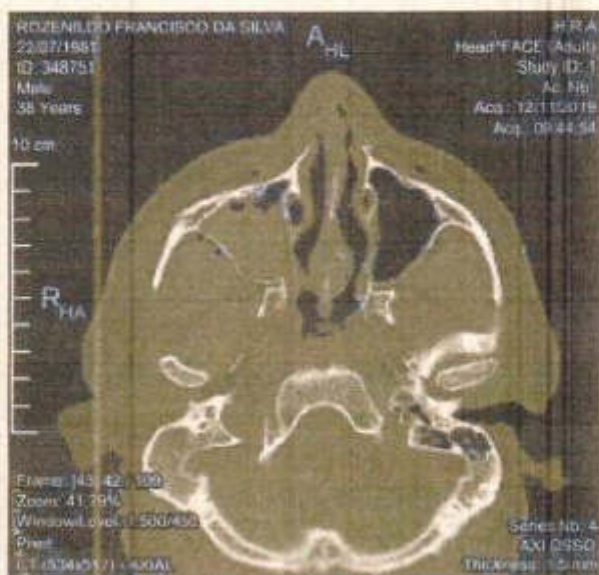
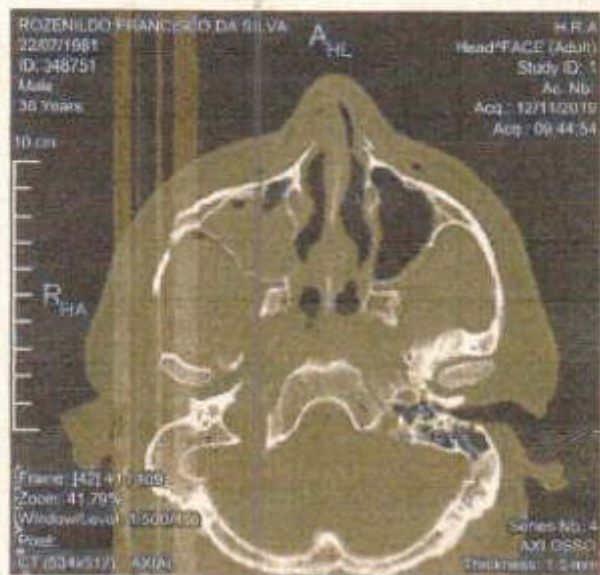


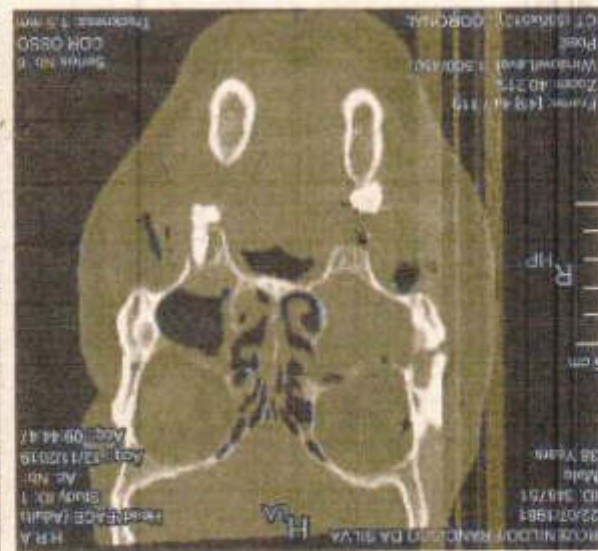
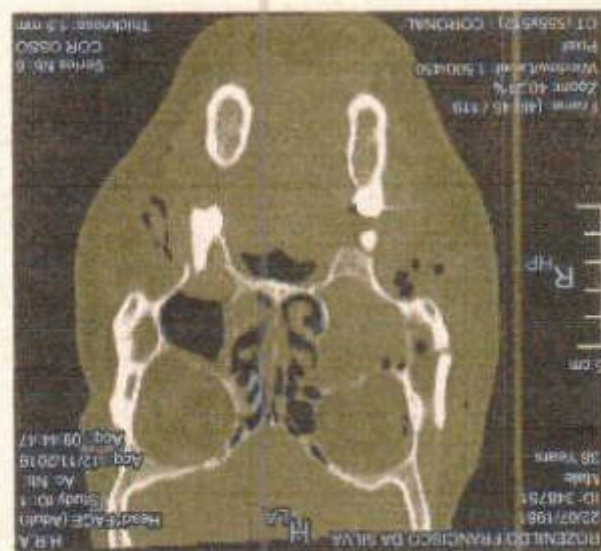
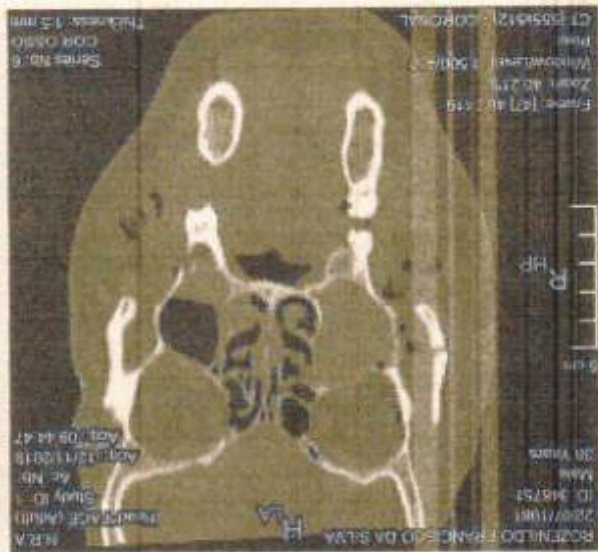
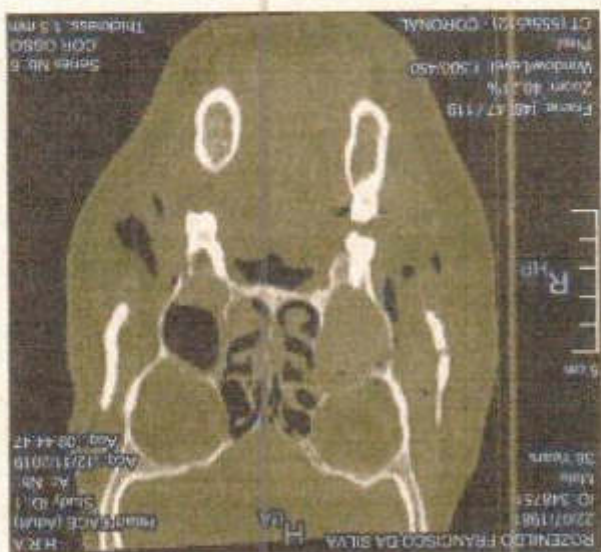
1.54











ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA

22/07/1981

ID: 348751

Male

38 Years

H

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Seio - FN, MN e Lateral

Ac. Nb: 322375

Acq.: 15/01/2020

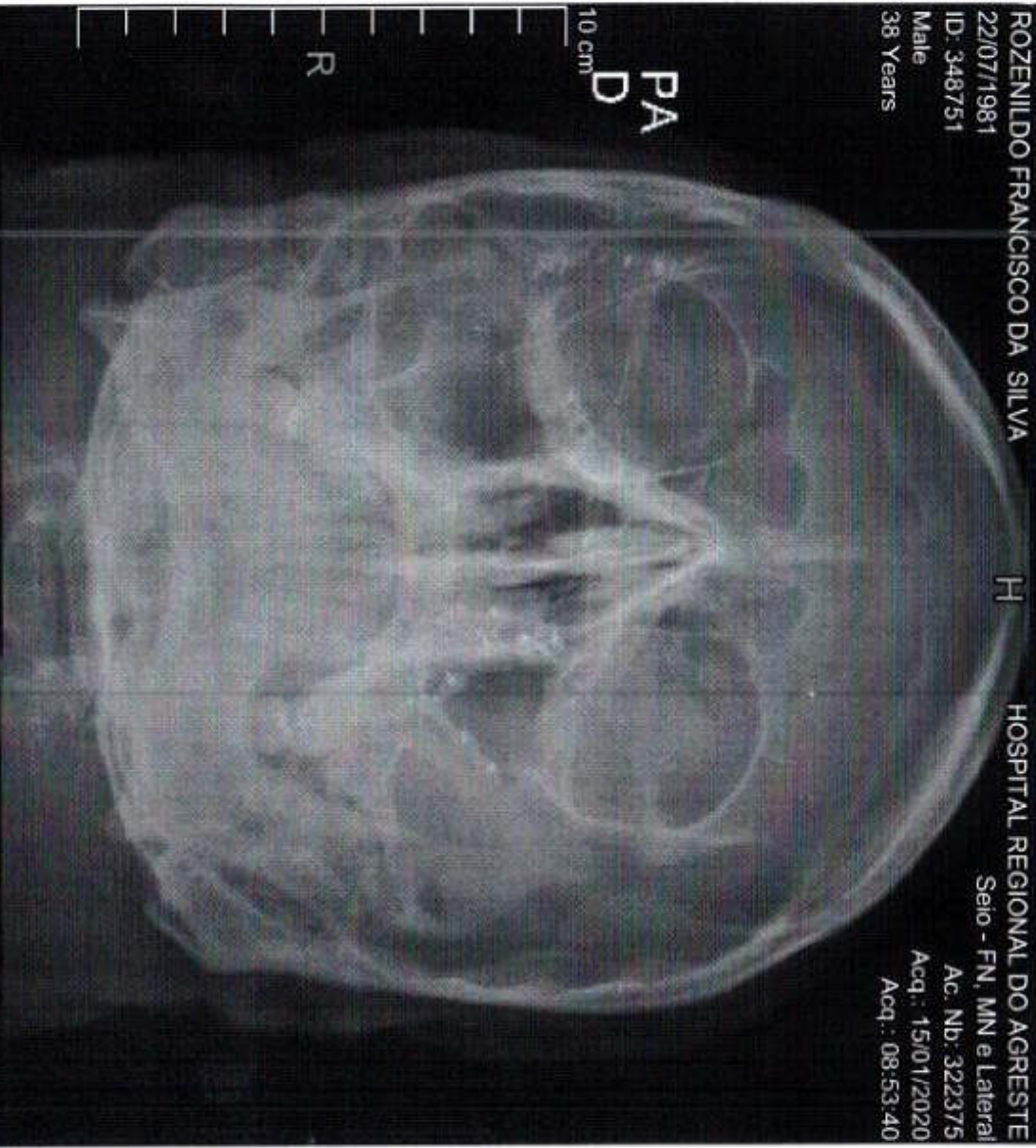
Acq.: 08:53:40

PA

D

10 cm

R



Frame: [1] 1 / 1

Zoom: 18,8%

Window/Level: 4.092/1.876,6

Pixel:

CR (2400x3020)

Series Nb: 2

Waters

ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA
22/07/1981
ID: 348751
Male
38 Years

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
Seio - FN, MN e Lateral
Ac. Nb: 322375
Acq.: 15/01/2020
Acq.: 08:51:52

PA
10 cm

R

Frame: [1] 1 / 1
Zoom: 18,8%
Window/Level: 4.086/2.049
Pixel:
CR (2400x3020)

Series Nb: 1
PA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014806079177
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÓD. RENAVAM. ENTR. EXERCÍCIO
1 1054498830 ***** 2019

NOME
JACILDO JOSE DOS SANTOS

CAROCIM DE SAO FELIX-PE
CPF / CNPJ
022.814.184-21

PLACA ANT. / UF
***** PE

PLACA
PCX2877

CLASSI.
9C2KD0800FK031454

COMBUSTÍVEL
ALCOOL/GASOL

ESPÉCIE TIPO
PAS / MOTOCICLETA

MARCA / MODELO
HONDA/NK100-3

CAP. / POT. / OIL
2P/162CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

VENC. / COTAS
1 *****
2 *****
3 *****

PREMIO TAFSÁRIO (R\$) ICF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
80.11 0.2 84.58 19/02/19

RESERVAÇÕES
AL. FID. ADM CONS MAC HONDA LTDA

LOCAL
CAROCIM DE SAO FELIX-PE

DATA
24/04/19

SINTESE
Roberto Carlos Moreira Fontelles
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

DETRAN

DETRAN