

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190432699

Vítima: GENARIO CABRAL DOS SANTOS

Data do Acidente: 31/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BERNADETE SILVA DE MOURA

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190432699

Vítima: GENARIO CABRAL DOS SANTOS

Data do Acidente: 31/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), BERNADETE SILVA DE MOURA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 31 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190432699

Vítima: GENARIO CABRAL DOS SANTOS

Data do Acidente: 31/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BERNADETE SILVA DE MOURA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 31/03/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do Síntese ou AGL: **11598183478** 3 - CPF da vítima: **11598183478** 4 - Nome completo da vítima: **GENARO CABRAL DOS SANTOS**

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

5 - Nome completo: **GENARO CABRAL DOS SANTOS** 6 - CPF: **11598183478**
 7 - Profissão: **REC INF** 8 - Endereço: **RUA LAJES DO MMOSO**
 11 - Bairro: **MMOSO** 12 - Cidade: **SURUBIM** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55750 000**
 15 - E-mail:

9 - Número: **690** 10 - Complemento: **CASA** 16 - Tel.(DDD): **(81) 96650454**

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

17 - Nome completo do Representante Legal: **BERNADETE SILVA DE MOURA** 18 - CPF ou Representante Legal: **028300214-01** 19 - Profissão do Representante Legal: **REC INF**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovação anexo [ANEKAR CÓPIA].

DADOS CADASTRAIS

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO/INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Avise-nos se não existir)

Bradesco (237) Itaú (341) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: **BRADESCO**

AGÊNCIA: **0835** CONTA: **21934 7**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/resembolso do Seguro DPVAT e que acolherá, reconhecendo e notoriamente já e somente após a efetivação do crédito, cultação 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 fui impossibilitado de apresentar laudo médico da lesão sofrida, devido ao fato de não ter meia mão direita, fato que não é considerado incapacidade.

- Não há IML que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realizou perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
- Peço desculpas à Seguradora Líder, se houver atraso na análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por motivo de invalidade permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, que me submetter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para validação da existência e quantificação das únicas permanentes decorrentes de acidente de trânsico, conforme Le. 6.194/74, art. 3º, §º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou, enfim, de renunciá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: 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 - Vítimo Sim Não 29 - Se tiver filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por motivo de óbito ou invalidez permanente, caso se apresentarem e provarem responsabilidade criminal por infração de artigo 299 do Código Penal.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO AFETIZADO

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

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 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

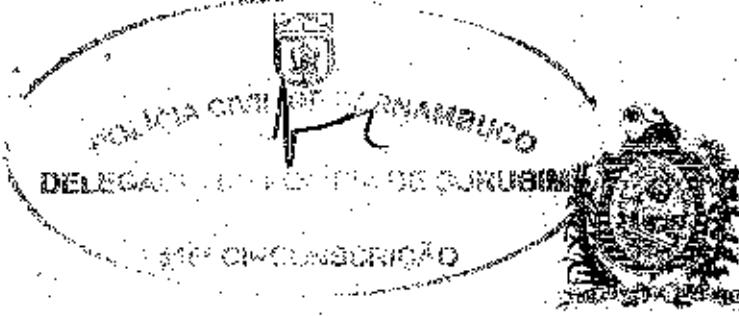
Assinatura do testemunha: _____
Data: 17 JUL 2019

40 - Local e Data: **SURUBIM/PE 11/07/2019** 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



555254

0241688 /19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM -
DPI116/CIRC DINTERI/16/DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0206001563

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 06/07/2019 às 11:07

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo

(Consumado) que aconteceu no dia 31/3/2019 às 18:00

Fato ocorrido no endereço: SITIO CAPIM, PRÓXIMO AO CAMPO DE FUTEBOL DF ZEZINHO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)

BERNADETE SILVA DE MOURA (NOTICIANTE)

FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA (OUTRO)

G.C.D.S. (Menor de Idade) (VITIMA).

DEPARTAMENTO DE SITUAÇÕES
DATA
CONTRATO DE VIGILÂNCIA
17 JUL 2019

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): G.C.D.S. (Menor de Idade)

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

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barreto, nº 715 - Lote 5
Ceará, Recife - PE - CEP: 52011-040

BERNADETE SILVA DE MOURA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
JOSEFA PAULINA SILVA DE MOURA Pai: JOSÉ SERAFIM DE MOURA Data de Nascimento: 10/11/1963 Naturalidade: SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5582012/SDS/PE (RG) Estado Civil: VIUVO(A) Escolaridade: 1º. GRÁU INCOMPLETO Telefones Celulares: - 81995654839

Residencial: RUA LAJE DE MIMOSO, PRÓXIMO A IGREJA DO MIMOSO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE SURUBIM, 690,

ZONA RURAL - SÍTIO MIMOSO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A IGREJA DO MIMOSO.

G.C.D.S. (Menor de Idade) (presente ao plantão) - Sexo: FemininoMãe: MARIA APARECIDA CABRAL DOS SANTOS Pai: JOSÉ NATAL DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/7/2001 Naturalidade: SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9738391/SDS/PF (RG), 11598183478 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
- 81995654839

Residencial: RUA LAJE DE MIMOSO, PRÓXIMO A IGREJA DO MIMOSO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE SURUBIM, 690, ZONA RURAL - SÍTIO MIMOSO - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A IGREJA DO MIMOSO

FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: MasculinoNaturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: RUA SALUSTIANO FERREIRA DE LIMA, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SAO CAETANO/PERNAMBUCO/BRASIL

NÃO SE APlica (não presente ao plantão) - Sexo: DesconhecidoNaturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): GENARIO CABRAL DOS SANTOS Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/MI, 125 Objeto apreendido: Não Cor: PRETA - Quantidade: 01 (UNIDADE)

Placa: KJX0466 (PERNAMBUCO/SAO CAETANO) Renavam: 190052627 Chassi: CG125BR151122

Ano Fabricação/Modelo: 1985/NÃO INFORMADO Combustível: GASOLINA

Complemento / Obseryação

COMPARECEU NESTA DP A SRA. BERNADETE SILVA DE MOURA, DIRETORA DE SISTEMOS REPRESENTANTE LEGAL DO MENOR "GENARIO CABRAL DOS SANTOS", NOTICIANDO QUE NO DIA 31/03/2019, POR VOLTA DAS 18:00 HORAS, O MENOR DESCrito CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA KJX-0466-PE PELA ESTRADA DO SÍTIO CAPIM, ZONA RURAL DESTE MUNICIPIO, QUANDO COLIDIU COM UM VEÍCULO DE PLACA E MOTORISTA DESCONHECIDO, ONDE VEIO A CAIR E NA QUEDA SOFRER LESÕES GRAVES EM SEU BRAÇO E OMBRO ESQUERDO, LOGO APÓS O ACIDENTE, A VITIMA DEU ENTRADA NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU-PE, E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO NA CIDADE DE BEZERROS-PE ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO/BOLETIM DE OCORRÊNCIA DA UPA, DECLARAÇÃO/CÓPIA DO PRONTUARIO DO IMA E

FICHA DE ENTRADA DO HOSPITAL JESUS PEQUENINO. DIANTE DO FATO
REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.

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

BERNADETE SILVA DE MOURA
(NOTICIANTE)

G.C.D.S. (Menor de Idade)
(VITIMA)

Bernadete Silva de Moura

Gonario Biral dos Santos

B.O. registrado por: JOSÉ ROBERTO DA SILVA - Matrícula: 119534-4



DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA
EX-PAZ
JOÃO GOMES JÚNIOR
17 JUL 2019
Gente Segurança S/A
Av. Iuri Barbosa, nº 715 - Lote 5
Graciosa - Recife 52011-080



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPRIMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do atestado ou AGL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:	GENARIO CABRAL DOS SANTOS		
6 - Profissão:	GENARIO CABRAL DOS SANTOS		
7 - Bairro:	REC INF RUA LAJES DO MIMOSO		
8 - Endereço:	690 CASA		
9 - Número:	690		
10 - Complemento:	CASA		
11 - Cidade:	PE		
12 - Estado:	55750 000		
13 - CEP:	180 96650 454		
14 - Tel. (DDD):			
15 - Tel. (DDD):			
16 - Tel. (DDD):			
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 15 ANOS OU INIDICAT			
1. Nome:			
2. Nome:			
3. Nome:			

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:		BERNA DETER SILVA DE MOURA		
18 - CPF ou Representante Legal:		028 300 214-01		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo. (ANEKAR CÓPIA).				
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO/INFOR-MAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.002,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCARIOS:		<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (MAIS CURADOR/TUTORA)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Avise-nos, se não): <input type="checkbox"/> Bradesco (297) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: BRADESCO		
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>		AGÊNCIA: 0835 CONTA: 21934 7		
Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)		Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)		
Autorizo e Segundo(a) a ter e creditar na conta bancária (Corrente, de poupança, etc.) que for aberta, o valor da indenização.				

INVESTIGACIÓN

MORTE
AO ALFASINHO

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar laudo de invalidez permanente do Seguro DPVAT, pois invalides permanentes não são realizadas perícias para fins do Seguro DPVAT.

Não há IML que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo que é assinalado, solicito a prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanente de desonras de acidente de trânsito, conforme Le. 1914/74, art. 3º, § 2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou, em regra, acolhimento de contestações, caso discorram do seu conteúdo:

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO FONTE: MCTI/MEIC

23 - Foi jefe clávula vítima	<input type="checkbox"/> Soldado	<input type="checkbox"/> Casal (noivo)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado/União tentativa	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima
25 - Grau de Parentesco com a vítima	26 - Vítima deixou Companheiro(s):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tiver filhos, informar	30 - Vítima fumava	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	

Estej ciente de que a Seguradora poderá pagar 50% da indenização do Seguro DPVAT por motivo de óbitos ou nefastóficos que se apresentarem e provarem sua ocorrência, estando clara, ainda, de que qualquer motivo desses ou de morte não verificada poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de responder judicialmente pelo cumprimento do artigo 295 do Código Civil.

34

35 - Nome legível da quem assina a encomenda/pedido

36 - CPTI legive ne quem assint a rogo/a ped do

37 - (*) Assinatura de quem assina o roteiro/pedido:

38-19 ! Name:

CPF:

Assinatura no teste

39-2nd Name: _____ Date: _____
CPF: _____ 17.01.2019 STEPPING

17 JUL 2019

Assinatura da tese

~~Av. Rui Barbosa, nº 715, conj. 5~~

40 - Local u Data, SURUBIMPE 11/07/2019

Grundzüge Sozialer Arbeit des Senates

42 Assinatura do Representante Legal (se não houver)

43 - Assinatura da Base de dados

FIPS 001/V002/2019



- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. Genário Cabral dos Santos, nascido no dia 28/07/2001, filho da Sra. Maria Aparecida Cabral do Santos e do Sr. José Natal do Santos, residente no sítio Lajes do Mimoso, na zona rural desta cidade. Solicitou no dia 21/05/2019 cópia do seu prontuário de atendimento devido acidente motociclístico (colisão moto x carro). Atendido nesta Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Dr. Gentil Augusto de Miranda em Surubim - PE, no dia 31/03/2019, pelo médico plantonista Dr. Mário Júnior CRM – 23472.

Surubim, 21 de maio de 2019.

José Wagner Barbosa de Lima
Coordenador de Enfermagem
Matrícula 101.060-000-00000000
Hospital Municipal de Surubim
17 JUL 2019

Ionata Soares de Andrade Silva
Ionata Soares de Andrade Silva
SAME

Gente Seguidora S/A
Av. Heitor Barbosa, nº 716 - Los 5
Cidade - Pernambuco - CEP: 52101-000



Tarifa Social de Brumado Eletrobrás Criada pela Lei 10.438, de 26/04/1972
DIRETORIA EXECUTIVA DE PONTOFÍCIO
Av. João de Barros, 111 - Dois Irmãos, hor. 16, Pomerode - CEP 80.000-010
CMFJ 10.815.092/0001-08 | 405.434.015-93 | www.eletrobras.com.br

DATA DOCUMENT

SEVERINO AND WILFREDO

ПАНДЕРСО ПАУИЛДЕ ПОКСИМПОРЯ

RMLA.RD/UVWJ8P

CPT, 150-3724M-6 / S.S. 703462023

CLASSIFICATION

E-RESIDENTIAL
www.E-Residential.us

MILANO/ESTERNO
SURLINIMENTO
55750-0001

SEARCHED		INDEXED		SERIALIZED		FILED	
SEARCHED	INDEXED	SEARCHED	INDEXED	SERIALIZED	FILED	SEARCHED	INDEXED
168021-27		1744		1744			
168021-27		1744		1744			



	Consumo	Precio	Valor
Consumo Alquiler en 0.00 kWh	0.000000	0.000000	0.00
Consumo Alquiler en 100 kWh	89.000000	0.1407 Euro	12.22
Ciclo Imp. DNI/Ce Varios	-	0.2864234	0.32

— 7274. 125 E&H Ea

Nº DO MOVIMENTO	TURMA / GRUPO / SÉRIE	DATA	ANTERIOR	DATA	ATUAL	MÉDIA	DONOSTANTE	AJUSTES	DESCRIÇÃO (VALOR)
001-007	CAT	31-05-2016	24.447,00	15-11-2016	151.942,00	135	1.000,00		

Recomendaciones para la ejecución de la auditoría de los sistemas de gestión de la calidad y de la certificación en las empresas. Una guía para la ejecución de la auditoría de los sistemas de gestión de la calidad y de la certificación en las empresas. Una guía para la ejecución de la auditoría de los sistemas de gestión de la calidad y de la certificación en las empresas.

Tributación de las personas jurídicas					
	Moneda extranjera nominativa	Moneda extranjera convertible	Ley monetaria	Moneda nominativa	Tributo municipal
2001	3.222	1.142	21.75	41.40	220
2002	2.04	7.37	12.74	30.91	232
2003	3.11	1.122	20.00	33.03	251
Total tributo	8.375	2.979	54.50	105.24	603

DATA CONTRATO : **MESES:** **VALOR:**

DATA DE VENCIMENTO

83020000000 2-2127-1

17 JUL 2019

Gente Sistemas S.A.
Av. Itália, 1000 - 04511-000
Caixa Postal 100 - 04511-000

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=T&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 falsa 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 COAF**².

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

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 EDUARDO JOSE DE A FERNADEZ, inscrito (a) no CPF 574 940 534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GENARIO CABRAL DOS SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 115 981 834 / 78, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima GENARIO CABRAL DOS SANTOS, inscrito(a) no CPF sob o Nº 115 981 834 / 78, 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 Lider-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		Número	Complemento
Bairro:	<u>RUA JOAO BATISTA</u>	<u>370</u>	<u>CASA</u>
Cidade	<u>SURUBIM</u>	Estado	CEP
Email:	<u>afrequeiros1944@yahoo.com.br</u>	Teléfono comercial (DDD):	<u>(81) 96650454</u>
		Teléfono celular (DDD):	<u>(81) 81335022</u>

SURUBIMPE 6 de julho de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante

Data da assinatura	Data da validade
<u>17 JUL 2019</u>	<u>17 JUL 2019</u>
Centro Seguradora S/A	
Av. Rio Branco, nº 715 - Lote 55	
Graciosa - Beira / PE - CEP: 52910-000	

0241688/19

SURUBIM (PE), 18 de JULHO 2019.

À LIDER SEGUROS DPVAT

VÍTIMA: GENARIO CABRAL DOS SANTOS

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO N° 3190432699

Prezado Senhor,

Informo que por ocasião do meu acidente de trânsito, ocorrido em 31/03/2019, me encontrava conduzindo a motocicleta HONDA ML 125, de placa KJX 0466, que não é de minha propriedade, e que não conheço o proprietário. Fui apenas vítima de um acidente que me deixou com sequelas GRAVES e não tenho responsabilidade nenhuma se o proprietário da mesma não a deixa em dias.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.S^o, que seja concluída a regulação do meu processo, em seguida que seja encaminhado para liberação do pagamento pela LIDER da indenização a que faço " JUS ".



Nestes Termos
Espera Desferimento

Genario Cabral dos Santos
GENARIO CABRAL DOS SANTOS
VITIMA/BENEFICIARIA

Bernadete Silva de Moura
BERNADETE SILVA DE MOURA
REPRESENTANTE LEGAL



UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Prefeitura Municipal do Surubim
Secretaria de Saúde do Surubim

Drº Gentil Augusto de Miranda

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Hospital Local:	1ª Via Hospital de destino/2ª Via Hospital local		
Município:			
Nome do Paciente:	data de Nascimento: _____		
Quadro Clínico:	<p><i>Dr. Mário Júnior - CRM: 23472</i></p> <p><i>PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE ADGACLISTICO</i></p> <p><i>110cm / Cabelo loiro com canas. Agravante: Dolor</i></p> <p><i>lumbago intensa. Diagnóstico: Lesão na coluna lombar esquerda</i></p> <p><i>Gravida 15</i></p>		
HD:	<p><i>Fratura de nuca com dor de nádegas esquerdas</i></p>		
Assinatura do (a) Médico (a) Assistente	CRM: 23472	DATA:	
Dr. Mário Júnior Clínico Geral CRM-PB 23472			
Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Chefe do Plantão	COREN:	DATA:	
1ª REMOÇÃO	1º Hospital de Destino:	Município:	Hora Saída
	Motivo (Registro Detalhado)		
2ª REMOÇÃO	2º Hospital de Destino:	Município:	Hora Saída
	Motivo (Registro Detalhado)		
Assinatura do Responsável			
Assinatura e carimbo do Técnico de Enfermagem	COREN:		
Assinatura do Motorista	Placa da Ambulância:	17 JUL 2013	

Gente Segureadora S/A.
Av. Rio Pardo, nº 715 - Almada
Ceará - CEP 60130-100

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA - SAME

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr.(a)Genario Cabral dos Santos , Esteve Interno nesta unidade de saúde no dia 31/03/2019 e foi transferido para outra unidade hospitalar em 01/04/2019 . Registro Hospitalar: 336180.

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

Desde já nos colocamos à disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 24 de Maio de 2019

09.794.975/0269-27
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
Br. 232, Km 130
Bairro Indianópolis - CEP: 56000-000

(Assinatura)
Setor de arquivo(same)

17 JUL. 2019

Genaro Cabral dos Santos
Av. Boa Esperança 718 - Lote 5
Crecer - Recife - PE - CEP: 57010-000

HOSPITAL REGIONAL DE AREAS E
EMERGENCIA

Formulario de Consulta

Paciente que se habilita de alta hospitalaria

Paciente que no se habilita

Recomendaciones para traslado remoto en paciente dese hospital, visto como punto de alta complejidad en estos casos para ser atendido en el hospital.

Tutor _____

Entrenador _____

Nota _____

Resumen _____

1) ¿Está estable procedible? _____ Paciente _____ Femenino _____

Mujer _____ Hombre _____

Edad _____

Estado de salud _____

Otra información _____

2) ¿Está estable procedible? _____ Paciente _____ Femenino _____

Mujer _____ Hombre _____

Edad _____

3) ¿Estable procedible? _____ Paciente _____ Femenino _____

Mujer _____ Hombre _____

4) ¿Estable procedible? _____ Paciente _____ Femenino _____

Mujer _____ Hombre _____

5) ¿Estable procedible? _____ Paciente _____ Femenino _____

Mujer _____ Hombre _____

Salida de Emergencia

SEGURO _____

IB _____



Prefecture Municipale des Sables
Secrétariat à l'Intérieur

UNIDADE DE PONTO ALIMENTAR

Dr. Genulfus Augustus de Mierens

LADOG PARA TRANSPORTES DE PASAJEROS

Assistente de Enfermagem	1 ^o Via: Hospital de destino / 2 ^o Via: Hospital local		
Nome do Paciente	Identificação		
Endereço	Local de Nascimento		
RG			
Assinatura de (s) Médico(s) Assistente	CRM:	DATA:	
Assinatura de (s) Enfermeiro(s) ou Chefe de Plantão	CRM:	DATA:	
1 ^o Hospital de Destino	Município:	Hora Saida:	Hora Chegada:
Motivo (Resposta Detalhada)			
Assinatura do (a) Médico (a)	CRM:		
2 ^o Hospital de Destino	Município:	Hora Saida:	Hora Chegada:
Motivo (Resposta Detalhada)			
Assinatura do (a) Médico (a)	CRM:		
Assinatura do Responsável			
Assinatura e carimbo do Técnico de enfermagem	COACH		
Assinatura do Motorista	Placa da Ambulância		

47-40-209

10/10/15 14 cm 100 gms.

Aug 11 1983

10

JESUS THE QUENNER

卷之三

It is not long since this bird

NOME: Edson Lopes da Silva
REG.: 169 574
DATA DE NASCIMENTO: 28-10-1981

DATA DA CIRURGIA: 02/06/2014 **DATA DE NASCIMENTO:** 23/07/2001

DIAGNÓSTICO: *Cáncer de Páncreas*

TRATAMENTO: *C. h. formosa* ex *W. L. H.*

卷之三

John Hartley V. Corp
Treasurer-Chairman
C.R.A.E. Inc.

10

MOTIVO DO RETORNO: *para férias*

The Secretary of State has informed
the Governor -

Digitized by srujanika@gmail.com



NOME: Edson Cesar da Silva

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: retângulo aberto ^{leve} CID-10: S 52.4 foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia

02/04/19. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Per. op. ext. pr. tórax n.º 10
exér. c/ placa e fixador. TTS E
P. prof. D. G. H. T. n.º 105 E.
P. fr. metacarp. 1º d. d. e. 2º d.
Bezerros, 27-05-19 - SdE. Em observação
ambulatorial. Pr. fér. 20/05/19

José Marlon V. Costa
Traumato-Criopedião
CRM-PB 5986

17 JUL 2019

Ganto Seguradora S/A.
Av. Rainha D. Leonor, 115 - Lote 5
Cecap - Recife / PE - CEP: 53011-000



**HOSPITAL
JESUS PEQUENINO**

Page

6 May 1966 Col. S. H. 12

2

W. H. Miles 10/26

Robert + ~~John~~ 10.
on March 5th 1863 we went
to the ~~new~~ ^{old} ~~old~~ ^{new} ~~old~~ ^{new}
Market. We saw D. G. M.
Mother for 5 P.M. Little Richard

Digitized by srujanika@gmail.com

For the benefit of
the public we
are pleased to
inform you that

4/05/15

~~José Wilson C. Costa
Traumato-Ortopedista
CRM-PE 50380~~

Av. Major Aprigio da Fonseca, s/n - Bezerros - PE - Fone/Fax: (0xx81) 3728-1586 / 1099

17 JUL 2019

Gente Separadora S.A.
Av. Rio Branco, n° 103, apto. 5
Graciosa - Belo Horizonte - MG - 31010-140



Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: VASS - MIMORO

Nome: Gervásio Coimbra dos Santos

Clínica: _____

Enfermaria: _____

DECLARAÇÃO

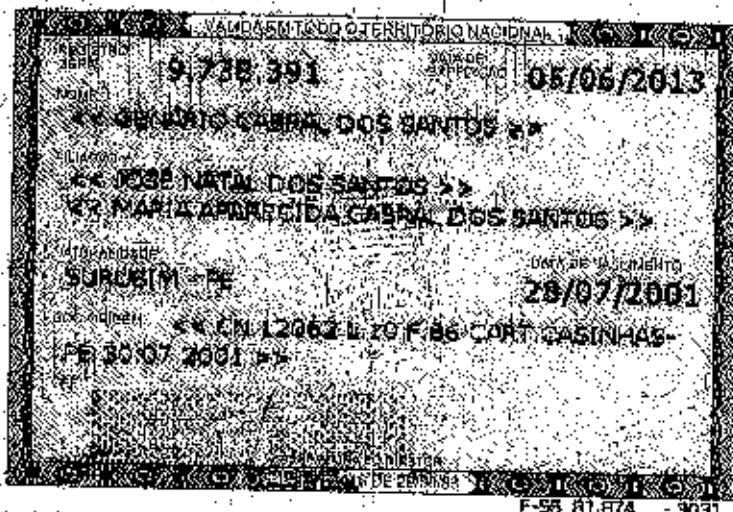
Declaro, para os devidos fins, que paciente, vítima de acidente automobilístico em 31/03/2019, sendo submetido a procedimento cirúrgico, devido desequilíbrio do MSF. O mesmo, desde então, apresenta déficit motor da mgt, estando impossibilitado de realizar suas atividades.

Rivaldo Júnior
Médico
CREMEPE 26017

Data: 23/08/19



Médico



MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

115.981.834-78

Nome

GENARIO CABRAL DOS SANTOS

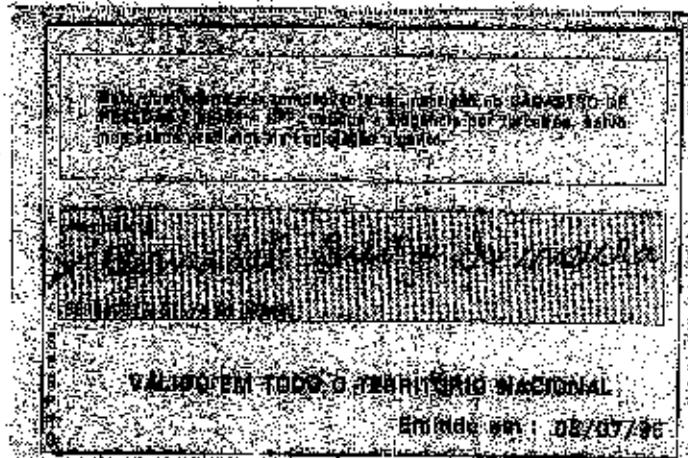
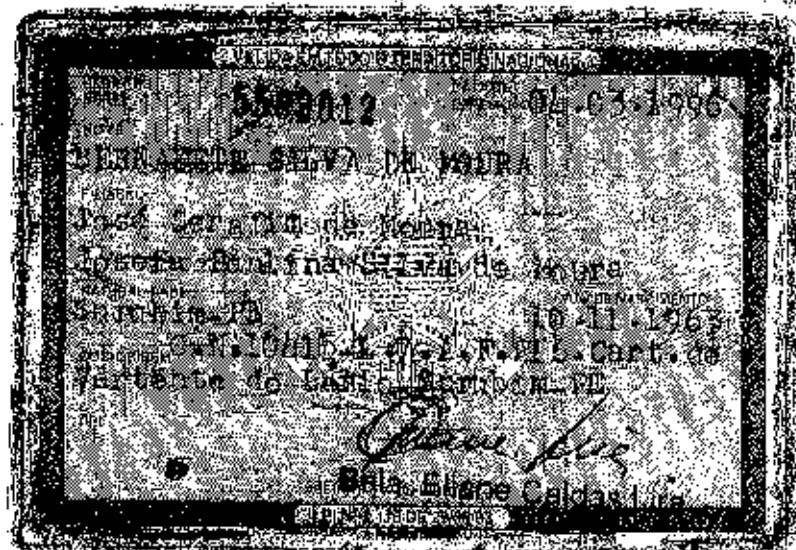
Nascimento

28/07/2001

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

17 JUL 2019

Gentileza da Coordenação Geral
Av. das Bandeiras, nº 75 - Centro
Gregas - 26240-300 - Olinda - PE



Informações sobre o veículo

Placa: KJX-0466

Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA

Marca/ Modelo: HONDA/ML 125

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 124

Cor predominante: PRETA

Chassi: CG125BR2151122

Combustível: GASOLINA

Ano fabricação/ Ano modelo: 1985

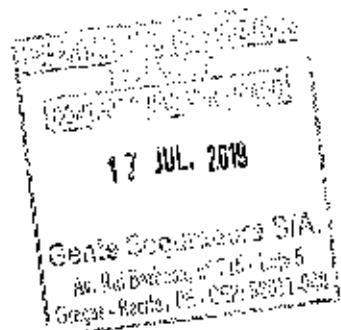
Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações

Restrições: RESTRIÇÕES

NADA CONSTA



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
 Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
 Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: **3190432699**

Data da solicitação: **26/03/2020**
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: **GENÁRIO CABRAL DOS SANTOS**

CPF do beneficiário: **115.981.834**

Nome do solicitante: _____

CPF do solicitante: **78**

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: **(81) 99665-0454** Tel. Comercial: () Tel. Residencial: ()

E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCÓRDIA DA NEGATIVA

DISCÓRDIA DO VALOR RECEBIDO

DISCÓRDIA DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANALISE?

NÃO

SIM, informe qual(s) documento(s) estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IMI
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: **Doc. MÉDICO COMPLEMENTAR**
(INSCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO.

SUberbior, 26/03/2020

Local e Data

Genário Cabral dos Santos

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deve ter escrito a sua rotulada, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190432699 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENARIO CABRAL DOS SANTOS **Data do acidente:** 31/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). PG 7 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190432699 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENARIO CABRAL DOS SANTOS **Data do acidente:** 31/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). PG 7 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190432699 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENARIO CABRAL DOS SANTOS **Data do acidente:** 31/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/08/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). PG 7 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	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: 3190432699 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENARIO CABRAL DOS SANTOS **Data do acidente:** 31/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/08/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). PG 7 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: BERNADETE SILVA DE MOURA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 5.582.0123 SSP/PE CPF: 028.300.214-01
DATA DO ACIDENTE: 31/03/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: GENARIO CABRAL DOS SANTOS CPF: 115.981.834-78
ENDEREÇO: RUA LAJES DO MIMOSO, 690, MIMOSO, SURUBIM-PE

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: FUNCIONÁRIO PÚBLICO APOSENTADO
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUI MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA

SURUBIM - PE 23 DE MAIO 2019.



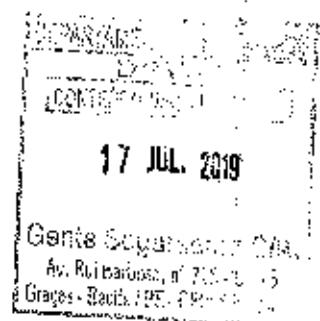
Bernadete Silva de Moura

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE
Praça Sá de Souza, 40 - Centro - Surubim-PE
Fone: (81) 3884-4333 - E-mail: tabelionato@surubim.pe.br - Site: www.surubim.pe.br
Cópia: Bernadete Silva de Moura - Subscritor

XXA^CFD/2019-3
Reconheço por AUTENTICIDADE 1 Hora(s) da: (1) BERNADETE SILVA
MOURA
Data: Surubim, terça-feira, 29 de maio de 2019 - 08:54h
Em Testemunha: _____ da verdade.
Elizabeth Lira da Cunha - 2º Substituta
Total: 4,91 R\$ (em Dígitos: QUATRO COM SETE CENTAVOS) - Salvo o que constar na Nota de Recolhimento nº 10



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0241688/19

Número do Sinistro: 3190432699

Vítima: GENARIO CABRAL DOS SANTOS

CPF: 115.981.834-78

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/03/2019

GENARIO CABRAL DOS SANTOS

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 06/08/2019

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Data do cadastramento: 06/08/2019

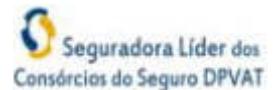
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0241688/19

Número do Sinistro: 3190432699

Vítima: GENARIO CABRAL DOS SANTOS

CPF: 115.981.834-78

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/03/2019

GENARIO CABRAL DOS SANTOS

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 26/03/2020

Data do cadastramento: 26/03/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 574.940.534-68

CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do trabalho ou ASC	3 - CPF da vítima	4 - Nome completo da vítima:	
3190430699	115.981.834-78	GENARIO CABRAL DOS SANTOS	

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

5 - Nome completo: GENARIO CABRAL DOS SANTOS	6 - CPF: 115.981.834-78
7 - Profissão: REC. INF.	8 - Endereço: RUA LAJES DO MIMOSO
9 - Número: 690	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MIMOSO	12 - Cidade: SURUBIM
13 - Estado: PE	14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail:	16 - Tel (DDD): (81) 9665-0454

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

17 - Nome completo do Representante Legal: BERNADETE SILVA DE SOUZA	18 - CPF do Representante Legal: 028.300.234-01	19 - Profissão do Representante Legal: REC. INF.
---	---	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- REUSO 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 BANCARIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTORA)

CONTA POUPANÇA (informe para os bancos abaixo: recorrer uma opção)

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

CONTA CORRENTE (informe os bancos)

Nome do BANCO: **BRADESCO**

AGÊNCIA:

CONTA:

Informar o dígito se existir

Informar o dígito se existir

AGÊNCIA:

0835

4

CONTA:

11392

1

Informar o dígito se existir

Informar o dígito se existir

Informar o dígito se existir

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/Indemnizável do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e solenemente, apos 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 acimelado, solicito o prosseguimento da análise da meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider 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 previsão concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar:	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	
Vivo: <input type="checkbox"/> Falecidos:		Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	Nascido (herdeiro): <input type="checkbox"/> Não		Não: <input type="checkbox"/>	Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

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

MORTE
NÃO ALFABETIZADO

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: **SURUBIM / PE 04/10/2019**

K. Genario Cabral dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001.W002/2019





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Segunda Vara da Comarca de Surubim

**Forum Bel. Didimo Gonçalves Guerra - R Cônego Benigno Lira, s/n - Centro
Surubim/PE CEP: 55750000 Telefone: (081)3634_1622 - Email:**

Expediente n° 2013-0855 000047

TERMO DE COMPROMISSO DE GUARDA DE MENOR

PROCESSO N.º 0000979-35.2013.8.13.1410

PROGRESSO N.º
ACÃO: GUARDA

Requerente: BERNADETE SILVA DE MOURA

Requerente: **BERNADETE SILVA**
Defensor P\xfablico: **J\xfclio Medeiros**

Defensor Público: Lucio Medeiros
Em favor de JOSÉ APARACIDO CABRAL DOS SANTOS e GENARIO CABRAL DOS SANTOS

Aos nove (09) dias do mês de janeiro do ano de dois mil e treze (2013), nesta cidade e Comarca de Surubim, Estado de Pernambuco, na Sala das Audiências onde presente se achava o doutor JOAQUIM FRANCISCO BARBOSA, Juiz de Direito da 2ª Vara da Comarca de Surubim-PE, comigo do seu cargo no final assinado, sendo aí, pelas 10:30 horas, compareceu a SRA. BERNADETE SILVA DE MOURA, brasileira, solteira, agricultora, portadora do RG nº 5.582.012 SSP/PE, inscrita no CPF/MF sob o nº 028.300.214-01, residente no Sítio Mimoso, zona rural, Surubim/PE, a quem o MM. Juiz de Direito DEFERIU o compromisso legal de bem e fielmente desempenhar o encargo de GUARDIÃ dos menores JOSÉ APARECIDO CABRAL DOS SANTOS, brasileiro, menor, nascido aos vinte e quatro (24) de junho de 2000, filho de José Natal dos Santos e Maria Aparecida Cabral dos Santos, Registrado no Cartório do Registro Civil do Município de Casinhais - PE, no Livro nº 10, fls. 04-V, sob o nº 11.736, e GENÁRIO CABRAL DOS SANTOS, brasileiro, menor, nascido aos vinte e oito (28) de julho de 2001, filho de José Natal dos Santos e Maria Aparecida Cabral dos Santos, Registrado no Cartório do Registro Civil do Município de Casinhais - PE, no Livro nº 10, fls. 086, sob nº 12.062, tendo sob sua guarda e responsabilidade a pessoa e bens dos aludidos menores, competindo-lhe proporcionar aos menores, sob as penas da lei, enquanto tiver os mesmos sob sua guarda, total apoio moral e material, orientando-os na formação de suas vidas, tudo de conformidade com a SENTENÇA prolatada em 09/2012, que transitou em julgado em 19 de outubro de 2012. Aceito o compromisso, assim o prometeram cumprir na forma e sob as penas da lei. Do que constar lavrei este termo que lido e achado conforme vai devidamente assinado lo MM. Juiz de Direito pela Compromissada. Surubim 09 de janeiro de 2013. Eu, Maria Zelia Farias de Lira, Matrícula nº 177.658-4, digitei. Eu, Maria Raquel Monteiro de Abreu Mariz, Chefe de Secretaria, subscrevi.

Joaquim Francisco Barbosa
Juiz de Direito Titular – 2º Vara

Bernardete Silveira de
BERNARDETE SILVA DE MOURA

17 JUL 2019



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: 10/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BERNADETE SILVA DE MOURA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000011392-1

Nr. Autenticação

BRADESCO10092019050000000002370083500000011392236250 PAGO

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: 10/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BERNADETE SILVA DE MOURA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000011392-1

Nr. Autenticação

BRADESCO10092019050000000002370083500000011392236250 PAGO