

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CONSTITUIÇÃO NACIONAL DE TRÂNSITO

PE

NOME
ADEIANA MARIA NOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
4810389 SSP PE

CPF
945.234.444-04

DATA NASCIMENTO
26/07/1974

FILIAÇÃO
JOSE GOMES DE NOURA
ISMARTE FERRERA DE NOURA

PERMISSÃO
02376605879

ACC
08/04/2022

CAT. HAB.
B

1ª HABILITAÇÃO
17/06/2002

OBSERVAÇÕES

Adriana M. Maria de A. Fernandes
ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
SURUBIM - PE

DATA EMISSÃO
10/04/2017

Chelito Andreia Sousa Ribeiro
Diretor Presidente
ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

53286755000
92078665272

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1421884961

PROIBIDO PLASTIFICAR
1421884961







MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

2ª VIA



Número

06665

Série

00076

João Nildo da Silva Pereira
ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome

João Nildo da Silva Pereira

Loc. Nasc.

Sorocaba

Est.

SP

Data

13/07/1983

Filiação

Paulo de Santana Pereira e
Luiz Nildo da Silva Pereira

Doc. Nº

RG 6962044 SDSP-SP 03/11/2001

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em

Doc. Ident. Nº

Exp. em

Estado

Obs.

Data Emissão

29/09/2010 Paulista/SP

Assinatura do Funcionário

Assinatura do Chefe da Agência

Chefe da Ag. Reg. do MTE

Mat. nº 251928



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **067.705.044-56**

Nome: **JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA**

Data de Nascimento: **13/07/1983**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **24/05/2004**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:16:42** do dia **02/09/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **CA94.2368.77C4.E854**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

BOLETIM DE EMERGÊNCIA PRONTUÁRIO: 194124 CLASSIFICAÇÃO **AMARELO** Nº OCORRÊNCIA: 00187580
 Nome: JOSÉ NAILDO DA SILVA PEREIRA Idade: 36 Anos 28 Dias CENS: Est. Civil: CASADO(A)
 End.: SITIO JUN Nº: Nascimento: 13/07/1983 CEP: Bairro:
 Mãe: JOSINETE PEREIRA DA SILVA Doc nº: Nacio.: BRASILEIRA Cor/Raça: PARDO
 Pai: Acom.: Sexo: MASCULINO
 Profi.: SERVIÇOS GERAIS Telefone: Municíp: CASINHAS

Encaminhamento: ORTOPEDIA

Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

REFERE DOR/EDEMA/HEMATOMA EM MMS E FACE SEC À TRAUMA EM ACIDENTE/COLISÃO CARRO-MOTO HÁ 1 HORA.

Procedência: Via pública

Doenças preexistentes: NEGA

Régua de dor: Moderada

Pré-consulta: Urgência

Intolerância/Alerg.: NEGA

Parâmetros: PA: 13/85 FC: 79 R: T: HGT: 90 Spo2: 90 GLASGOW: Peso:

Estado do Paciente: Consciente-Orientado Calmo

Sintomas:

Dor torácica: Duração da dor:

Dor presente: Irradiação:

Edemas:

Observações: TRANSFERÊNCIA DO SAMU - LIMOEIRO/PEI - CASINHAS/PE

Data: Hora: Nº: Situação/Sintomas/Queixas/E

SERVIÇO NOTARIAL GRAÇAS PAZ - 3º OFÍCIO DE LIMOEIRO

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado ao qual autentico e dou fe. Emol. R\$ 3,00; TUNE R\$ 0,68; FERC R\$ 0,34; FERN R\$ 0,03; FUNSO R\$ R\$ 0,07; ISS R\$ 0,07. Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/seledigital. Limoeiro-PE, 29/08/2019 15:39:15. Cod Op. 16. Em test. da verdade, EU ALEXACIANO PEREIRA DOS SANTOS - Substituta

Selo: 0073726 NGN07201901.02205



Reia, Maria das Graças da Paz Pereira de Moura Tabela Tabelar

Diagnóstico

Tratamento

*Recepção uterina
do lado do to
moto, e trans
ferência para o
lado direito
do lado esquerdo
do lado direito
do lado esquerdo
do lado direito
do lado esquerdo*

*1. 8 h de cura do SR
1000ml
2. Infusão - 0100
Su*

*3. Observação
4. Cuidado pelo Paciente
5. Do paciente com o
do paciente com o
do paciente com o*

*Impressão diagnóstica
do paciente com o
do paciente com o*

*Justificativa: Exame Esforço
Removido: Compensação Direta*

Data saída: 1/1 Hora saída: :

Atendimento Médico Médico / CRM
☐ Urgência
☐ Obs. até 24 hs

Horário: :

Graciely Souza CRT 8247
 Graciely Souza CRT 8247
 Graciely Souza CRT 8247

Motivo da saída: ☐ Residência ☐ Internado

Encaminhado: *Recepção*

Obito às: h m do dia:

☐ Curativa ☐ Técnico / Goren
☐ Nebulização
☐ Adm. de medicamento
☐ Retirada de ponto

Cód procedimento

Técnico / Conselho

Horário

DATA: 10/08/2019 19:28:55 RECPIONISTA: LANDELINO RAMALHO BARBOSA

19:52

LAISA DARLEM DA SILVA NASCIMENTO CRT 8241



Prefeitura de
CASINHAS

TRABALHANDO COM RESPONSABILIDADE

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: _____

Nome: Jose Naildo da Silva Pereira

LAUDO MÉDICO

♂, 36a, portador de amp. traumtibial (E);

CD: S88.1 (em 2013)

lucros: Independente

AVD: Semi-dependente

Compreensão: Preservada

Casinhas,

Data: 02/09/19

Dr. Marcelo Patriota
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 18.807

Médico - CRM

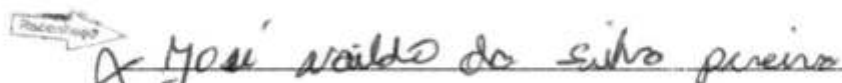
Palácio Municipal Miguel Agostinho Barbosa
Rua Severino Augusto de Miranda, S/N - Casinhas - PE - Fones: (81) 3634.9156 / 3634.9173
CEP: 55.755-000 | C.N.P.J.: 01.618.704/0001-95

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ELIANE SILVA DA ROCHA,
RG nº 8429.809, data de expedição 27/11/07,
Órgão SDS, portador do CPF nº 098.145.374-03, com
domicílio na cidade de PAULISTA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
AV. MAI FLORIANO PEIXOTO, CENTRO, nº 14,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA cujo o condutor era
JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA XRE 300 ABS
Ano: 2018/2019
Placa: PCX 8417
Chassi: 9C2NDJ1120KRJ00348
Data do Acidente: 10/08/2019
Local e Data: CASINHAS PE 03/09/2019


Assinatura do Declarante



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

SERVENTIA NOTARIAL E REGISTRAL DE CASINHAS
Titular: MAIRA MOURA MACIEL
Telefone: (81) 98228-0990

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a firma de JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA. Dou fé. Casinhas - PE. Maira Moura Maciel - Tabelião Interina. Maira Moura Maciel

Emolumentos: R\$3,59 TSNR: R\$0,80 FERM R\$0,04 FUNSEG R\$0,08 FERC: R\$0,40.

Selo: 0160085.NKH08201901.00019 03/09/2019 10:40:30
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital




SERVENTIA NOTARIAL E REGISTRAL DE CASINHAS
Titular: MAIRA MOURA MACIEL
Telefone: (81) 98228-0990

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a firma de ELIANE SILVA DA ROCHA. Dou fé. Casinhas - PE. Maira Moura Maciel - Tabelião Interina. Maira Moura Maciel

Emolumentos: R\$3,59 TSNR: R\$0,80 FERM R\$0,04 FUNSEG R\$0,08 FERC: R\$0,40.

Selo: 0160085.SNC08201901.00022 03/09/2019 10:40:54
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



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=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu ADRIANA ME MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 067.705.044 / 56, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 067.705.044 / 56, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
RUA JOÃO BATISTA		370	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	SURUBIM	PE	55750-000
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR	(81)9700-1998		(81)9161-3907

SURUBIM PE, 10 de NOVEMBRO de 2019
Local e Data

Adriana M^e Moura de A. Fernandes
Assinatura do Declarante



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 12.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005040-93 | www.uelpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

DADOS DO CLIENTE
 ELISABETH MARIA GOURA DE A. FERNANDES

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPE 945 T54 444-04

CENTROGLUBIN
SURUBIM PE
55750-000

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

NP DA NOTA FISCAL	SINUS	ENCARGO
07/07/2019	CR2-A	07/10/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA VOTAÇÃO
07/10/2012	2011700003	375.336

CÓDIGO DE VOTO	MÊS/ANO
7005749888	10/2019
DATA DE REGISTRO	DATA DE VOTAÇÃO (HORARIO)
14/10/2019	07/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	102,74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Capacete Abuso (WH)	108 0000000	0,21088952	22.75
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,50
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,01
Curso: Curso Publica Municipal			8,54
ICMS Subversão CDE- NF 066224778 - 04/07/19			0,78
ICMS Subversão CDE- NF 073044282-05/08/19			0,80
Multa por atraso- NF 075948284 - 04/09/19			1,35
Juros por atraso- NF 075948284 - 04/09/19			0,11

TOTAL DA FATURA

10274

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				
820394	LAJ	14-08-2019	26.128,00	17-08-2019	26.237,00	33	3.00932		108,02

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

INFORMAÇÕES DE CONTINUAÇÃO		INFORMAÇÕES DE DISTRIBUIÇÃO			Despesa de Energia		
01	01						27,89%
02	02						27,89%
03	03						27,89%
04	04						27,89%
05	05						27,89%
06	06						27,89%
07	07						27,89%
08	08						27,89%
09	09						27,89%
10	10						27,89%
11	11						27,89%
12	12						27,89%
13	13						27,89%
14	14						27,89%
15	15						27,89%
16	16						27,89%
17	17						27,89%
18	18						27,89%
19	19						27,89%
20	20						27,89%
21	21						27,89%
22	22						27,89%
23	23						27,89%
24	24						27,89%
25	25						27,89%
26	26						27,89%
27	27						27,89%
28	28						27,89%
29	29						27,89%
30	30						27,89%
31	31						27,89%
32	32						27,89%
33	33						27,89%
34	34						27,89%
35	35						27,89%
36	36						27,89%
37	37						27,89%
38	38						27,89%
39	39						27,89%
40	40						27,89%
41	41						27,89%
42	42						27,89%
43	43						27,89%
44	44						27,89%
45	45						27,89%
46	46						27,89%
47	47						27,89%
48	48						27,89%
49	49						27,89%
50	50						27,89%
51	51						27,89%
52	52						27,89%
53	53						27,89%
54	54						27,89%
55	55						27,89%
56	56						27,89%
57	57						27,89%
58	58						27,89%
59	59						27,89%
60	60						27,89%
61	61						27,89%
62	62						27,89%
63	63						27,89%
64	64						27,89%
65	65						27,89%
66	66						27,89%
67	67						27,89%
68	68						27,89%
69	69						27,89%
70	70						27,89%
71	71						27,89%
72	72						27,89%
73	73						27,89%
74	74						27,89%
75	75						27,89%
76	76						27,89%
77	77						27,89%
78	78						27,89%
79	79						27,89%
80	80						27,89%
81	81						27,89%
82	82						27,89%
83	83						27,89%
84	84						27,89%
85	85						27,89%
86	86						27,89%
87	87						27,89%
88	88						27,89%
89	89						27,89%
90	90						27,89%
91	91						27,89%
92	92						27,89%
93	93						27,89%
94	94						27,89%
95	95						27,89%
96	96						27,89%
97	97						27,89%
98	98						27,89%
99	99						27,89%
100	100						27,89%

TEMPERATURE APPLICATIONS

Carácter	Tarifas aplicadas
----------	-------------------

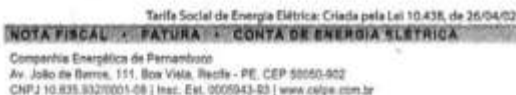
RESENHA DO ALFACCO

FRANKS EDWARD P 0001001 FEB 08 1971

INFORMAZIONE IMPORTANTE

[illegible][illegible]

CELPE
Serviços



ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI JUNCO 485

LAGOA DE PEDRA/LAGOA DE PEDRA
CASINHAS PE
55755-000

COUNT CONTR. TO	MÉJANO
7011159146	08/2019
DATA DI VENCIMENTO	DATA PREVIDITA PROXIMA LETTURA
12/08/2019	04/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	33,04

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSAO
072066576	UNICA	05/08/2019
APRESENTACAO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALACAO
05/08/2019	2012171041	5607236

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,19124008	5,73
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	57,00000000	0,32764015	21,96
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,85
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,22
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,66
Multa por atraso-NF 068266585 - 04/07/19			0,53
Juros por atraso-NF 068266585 - 04/07/19			0,10
Atualização IGPM-NF 068266585 - 04/07/19			0,08

33.00

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (VW)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
3147308015	CAT	04-07-2019	6.236,00	06-08-2019	6.333,00	33	1.00000		87,00

DETALHAMENTO DO CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês/Ano kWh		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO		
AGO18	97	ICMS PIS COFINS			Geração de Energia	R\$ 13,38 45,78%
Jul 18	97				Transmissão	R\$ 1,41 4,57%
Jun 18	98				Distribuição (Cargas)	R\$ 8,65 28,87%
MAI18	102		28,86 3,74	0,21	Perdas de Energia	R\$ 2,89 9,39%
ABR18	79		28,86 3,42	0,08	Encargos Saneamento	R\$ 0,84 2,93%
MAR18	110				Extinção	R\$ 1,19 4,15%
FEV18	135				Total	R\$ 28,88 100%
JAN18	88	TARIFAS APLICADAS			C: 0,9228402	
DEZ18	106	Consumo Ativo inferior a 30 kWh			C: 0,9420200	
NOV18	107	Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh				
OUT18	76					
SET18	86					
AGO18	96					

[illegible]

As condições de saúde do recém-nascido (Prematuro e Anomalia) (1), baixo, os estudos mostram a tendência a atribuir as principais dependências para consulta em hospitais, unidades de atendimento e em sala de parto, conforme as

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 067.705.044-56 4 - Nome completo da vítima: JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA

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

5 - Nome completo: JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA 6 - CPF: 067.705.044-56
7 - Profissão: REC-INF. 8 - Endereço: SÍTIO JUNCO 9 - Número: 485 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: LAGOA DE PEDRA 12 - Cidade: CASINHAS 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55755-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 91613907

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) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 23184 3
(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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a 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

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Casinhas - PE 12/11/2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**SAMU
192**



PREFEITURA DE
LIMOEIRO
TRABALHANDO POR VOCÊ.

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA N°.29/2019

Atendendo ao requerimento do Sr. José Naildo da Silva Pereira, portador de Identidade n° 6.962.644 SDS-PE e inscrito no CPF sob o n° 067.705.044-56, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de **n° S 665.558** que no dia 10 de agosto de 2019, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Base Descentralizada Limoeiro - SAMU Metropolitano do Recife, com história de colisão moto x carro na PE - 90, em Limoeiro - PE, onde foram realizados os primeiros cuidados às 18h e 42min em seguida, encaminhado para o Hospital Regional José Fernandes Salsa.

Limoeiro, 02 de setembro de 2019.

Marília Bezerra

Coord. Samu Limoeiro
Enfermeira / COREN-PE 356879

Marília Bezerra da Silva
Coordenadora SAMU-LIMOEIRO
Enfermeira/ COREN-PE 356679

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 067.705.044-56 4 - Nome completo da vítima: JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA

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

5 - Nome completo: JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA 6 - CPF: 067.705.044-56
7 - Profissão: REC-INF. 8 - Endereço: SÍTIO JUNCO 9 - Número: 485 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: LAGOA DE PEDRA 12 - Cidade: CASINHAS 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55755-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 91613907

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) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 23184 3
(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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a 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

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Casinhas - PE 12/11/2019
Jose Naildo da Silva Pereira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 115ª CIRCUNSCRIÇÃO - LIMOEIRO - DP115ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0205001804**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/08/2019** às **12:56**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **10/8/2019** às **18:20**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL, EM FRENTE A ENTRADA DA FAZENDA BEIJA FLOR - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE LIMOEIRO, 1, PE90 / KM20 - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ELIANE SILVA DA ROCHA (OUTRO)
JOSÉ NAILDO DA SILVA PEREIRA (VÍTIMA)
ADRIANO PESSOA DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ NAILDO DA SILVA PEREIRA**

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

JOSÉ NAILDO DA SILVA PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LUZINETE PEREIRA DA SILVA** Pai: **PAULO DE SANTANA PEREIRA** Data de Nascimento: **13/7/1983** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6962644/SDS/PE (RG). 06770504456 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 997356728**

Residencial: **ZONA RURAL, POR TRÁS DO BAR DO CABAÇO - CASINHAS/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE CASINHAS, 485, SÍTIO JUNCO - CEP: 55755000 - Bairro: JUNCO - CASINHAS/PERNAMBUCO /BRASIL, POR TRÁS DO BAR DO CABAÇO**

ADRIANO PESSOA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ADALGISA PESSOA DA SILVA** Pai: **AMARO OEREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **5/12/1984** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7417046/SDS/PE (RG). 09723207419 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 997921144**

Residencial: **ZONA RURAL, PRÓXIMO A IGREJA DE SANTA LUZIA - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, SÍTIO DIOGO - CEP: 55750000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL, PRÓXIMO A IGREJA DE SANTA LUZIA**

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

ELIANE SILVA DA ROCHA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: LEONILDA MARIA SILVA DA ROCHA Pai: JOSÉ RAMIRO DA ROCHA Data de Nascimento: 8/4/1992 Naturalidade: SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8429809/SDS/PE (RG), 09814537403 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 995911145

Residencial: **ZONA RURAL, POR TRÁS DO BAR DO CABAÇO - CASINHAS/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE CASINHAS, 485, SÍTIO JUNCO - CEP: 55755000 - Bairro: JUNCO - CASINHAS/PERNAMBUCO /BRASIL, POR TRÁS DO BAR DO CABAÇO**

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

VEÍCULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ELIANE SILVA DA ROCHA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ NAILDO DA SILVA PEREIRA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERDE** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCK8417** (PERNAMBUCO/PAULISTA) Renavam: **118110605** Chassi: **9C2ND1120KR10348**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2019** Combustível: **ALCO/GASOL**

VEÍCULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VÍTIMA ALEGA QUE NO SÁBADO PRÓXIMO PASSADO, PO VOLTA DAS 18:20HORAS QUANDO TRANSITAVA NA RODOVIA PE90, APROXIMADAMENTE NO KM 20, NESTE MUNICÍPIO, COM DESTINO A SURUBIM, UM VEÍCULO CONDUZIDO POR UM DESCONHECIDO, SAIU DE RÉ DA FAZENDA BEIJA FLOR SEM OLHAR DIREITO, PROVOCANDO UM ACIDENTE COM A VÍTIMA DESTE BO QUE COLIDIU COM A LATERAL DIREITA DO VEÍCULO DESCONHECIDO, TENDO A VÍTIMA DESTE BO DESMAIADO E O SEU CARONA, A SEGUNDA VÍTIMA DESTE BO, QUEBRADO O FEMO DA PERNA DIREITA, SENDO QUE AS VÍTIMAS FORAM SOCORRIDAS PELO SAMU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO JOSÉ FERNANDES SALSA E A OUTRA VÍTIMA FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS E LOGO EM SEGUIDA PARA A SANTA CASA, ONDE FOI OPRADO ONTEM, SENDO QUE O DESCONHECIDO, DESAPARECEU. SEM NADA MAIS DIGNO DE REGISTROS, ENCERRO O PRESENTE BO.

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

José Naildo da Silva Pereira
JOSÉ NAILDO DA SILVA PEREIRA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **JOSÉ WELLINGTON DUTRA DE BARROS** - Matrícula: **3848167**



Rio de Janeiro, 31 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190635282

Vítima: JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 10/08/2019, emitido pelo Dr. ILEGÍVEL CRM nº 000 - PE, da Instituição HRLJFS, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190635282

Vítima: JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397648/19

Vítima: JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA

CPF: 067.705.044-56

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 10/08/2019

Titular do CPF: JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA : 067.705.044-56

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: 12/11/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: AGRICULTOR
IDENTIDADE: N°06665 SERIE 00076 MTE/PE - CPF 067.705.044-56
DATA DO ACIDENTE: 10/08/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VITIMA: JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA
ENDEREÇO: SI JUNCO, 485, LAGOA DE PEDRA, CASINHAS - PE

OUTORGADO

NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE CPF: 945.234.444-04
ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS 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.

CASINHAS- PE 03 DE SETEMBRO 2019



Jose Naildo da Silva Pereira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

FEZER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SERVENTIA NOTARIAL E REGISTRAL DE CASINHAS

Titular: MAIRA MOURA MACIEL

Telefone: (81) 98228-0990

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a firma de JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA. Dou fé. Casinhas - PE. Maira Moura Maciel - Tabelião Interina. *Maira Moura Maciel*
Emolumentos: R\$3,59 TSNR: R\$0,80 FERM R\$0,04 FUNSEG R\$0,08 FERC: R\$0,40.

Selo: 0160085.UXH08201901.00021 03/09/2019 10:40:30
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397648/19

Número do Sinistro: 3190635282

Vítima: JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA

CPF: 067.705.044-56

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 10/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-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

Data da apresentação: 27/03/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/03/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190635282 **Cidade:** Limoeiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO.
FRATURA DO ESCAFOIDE DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.
P1 - ABA 1

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

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: 3190635282 Data da solicitação: 27/03/2020
Nome do beneficiário: João Nildo da Silva CPF do beneficiário: 067.705.049
Nome do solicitante: Pereira CPF do solicitante: 56

DADOS PARA CONTATO
Tel. Celular: (81) 9700-1998 Tel. Comercial: () Tel. Residencial: ()
E-mail: o

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO
☐ DAMS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO
☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?
☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:
☐ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IMIL
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☒ Outros: Documentos de Imagem
(DESCREVER)

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

Surubim, 27/03/2020
Local e Data
João Nildo da Silva Pereira
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:
Depois de preencher todos os dados, imprimir o formulário, assinar e entregar no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido de Seguro DPVAT.
Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:
O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397648/19

Vítima: JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA

CPF: 067.705.044-56

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 10/08/2019

Titular do CPF: JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA : 067.705.044-56

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: 12/11/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
Nº 014357047761
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COG. RENAVAM - 11811050500 - RNTTC - 2019 - EXERCÍCIO - 2019

ELIANE SILVA DA ROCHA

PAULISTA-PE

098-145-374-03

PLACA 5CK8417

COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

ESPÉCIE TIPO DAS MOTOCICLETAS

MARKA/MODELO HONDA/XRE 300 ABS

CAP/ROT/CIL 28/29/34

CATEGORIA PARTIC

ANO FAB. 2018

ANO MOD. 2019

COR PREDOMINANTE VERDE

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

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80,11

IOF (R\$) 0,32

PREMIO TOTAL (R\$) 80,43

DATA DE PAGAMENTO 13/02/19

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

PAULISTA-PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PESSOAS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAOC - SEGURO DPVAT

PE Nº 014357047761 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ELIANE SILVA DA ROCHA

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

PAULISTA-PE

EXERCÍCIO 2019

DATA EMISSÃO 25/02/19

PLACA 5CK8417

VIA 098-145-374-03

CPF/CNPJ

RENAVAM 181106050

MARCA/MODELO HONDA/XRE 300 ABS

ANO FAB. 2018

DATA FAB. 09

Nº CHASSI 9C2ND1120KR100348

PRÊMIO TARIFARIO

FMS (R\$) 36,05

DENATRAM (R\$) 4,01

CUSTO DO SEGURO (R\$) 40,06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15

IOF (R\$) 0,32

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) 84,58

DATA DE QUITAÇÃO 13/02/19

PARCELADO

COTA ÚNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.808/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
P.F. NÃO É DE PROPRIEDADE