









MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

2^a VIA

Número 06665 Série 00076



José Naldo da Silva Pereira
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL
Nome: José Naldo da Silva Pereira
Loc. Nasc.: Sorocaba Est. SP Data: 13/07/1983
Filiação: Pais de São Paulo Pereira
Doc. Nº: RG 6962641 SPTPE SP 03/11/201

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
Exp. em / / Estado
Obs.:
Data Emissão: 21/09/2013 SPTPE SP 03/11/201

Assinatura do Funcionário: [Assinatura]
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**

Dígito 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

CNS:

Est.Civil: CASALDO(A)

End.: SITIO JUN

Nº: Nascimento: 13/07/1983

CEP:

Bairro:

Mãe: JOSINETE PEREIRA DA SILVA

Doc nº:

Nacio.: BRASILEIRA

Cor/Raça: PARDO

Pat:

Acom.:

Município: CASINHAS

Sexo: MASCULINO

Prof.: SERVIÇOS GERAIS

Telefone:

Encaminhamento: ORTOPEDIA

Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

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

Procedência: Via pública

Intolerância/Alerg.: NEGA

Doenças preexistentes: NEGA

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

Régua de dor: Moderada

Estado do Paciente: Consciente Orientado Calmo

Pré-consulta: Urgência

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

Rua Visconde Joaquim Pinto, nº 100, Centro, Limoeiro-PE, CEP: 52.700-000 - Fone: (81) 3629-4702 - Fax: (81) 3629-6500
Certifico que a presente cópia é a impressão fidedigna do original que me foi apresentado, se qual autêntico e dou fé. Emol. R\$ 3,00. TIRF. R\$ 0,60. FERC R\$ 0,34. FERN R\$ 0,03 FUNSUS R\$ R\$ 0,07. ISS R\$ 0,07. Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital.
Limoeiro-PE 29/08/2019 15:39:15 Cod op. 16. Em test. Substituta
Selos: 0073726.NGH07201901.02205



Atas / Diagnóstico

Recepto, utro
do mês de Agosto, de 2019, egresso
do Hospital Casinh
lizado com
dades corretas
ticas (ex), sup
nspiração/obstru
ções ondas

Tratamento

1 - S/ flx caso de SR
1000mg
2 - Diforox - 010g
faz

3 - Observação
4 - Aemo sedo - relaxante
5 - So agudo tipo dor de
fissura de estreitamento
6 - Cauda lata forte
7 - TCE.

Impressão diagnóstica

Justificativa:

Removido:

Data saída:

Hora saída:

Exames Essenciais
Ortopédico Direta

Exames complementares

O exames ref
O exames ceras

Motivo da saída: Residência Internado

Encaminhado:

Óbito às: h m do dia:

10:00 10:00

Creativo Técnico / Coordenador

Nebulização Técnico / Coordenador

Adm. de medicamento Técnico / Coordenador

Retirada de ponto Técnico / Coordenador

Atendimento Médico

Urgência

Obs. até 24 hs

Horário:

Médico / CRM

Cód procedimento

Técnico / Conselho

Horário

Data: 10/08/2019 19:28:55 RECEPCIONISTA: LANDELINO RAMALHO BARBOSA

Graciely Souza CRTR 8247

19:30



Prefeitura de
CASINHAS TRABALHANDO COM RESPONSABILIDADE

Unidade de Saúde:

Nome: Jose Naldo da Silva Pereira

LAUDO MÉDICO

o^r, 36a, portador de amp. traumátil (E),

CD: S88.1 (em 2013)

orientações: Independente

AUD: 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. mal FLORIANO PEIXOTO, CENTRO, nº 14,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado 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: PCK 8417

Chassi: 9C2ND1120KRJ00348

Data do Acidente: 10/08/2019

Local e Data: CASINHAS /PE 03/09/2019

 Eliane Silva da Rocha
Assinatura do Declarante

 Jose Naildo da Silva Pereira

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

Selo: 0160085.NNGH08201901.00019 03/09/2019 10:40:30
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital

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 Intérina. 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/seledigital

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=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, orgão 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 M^E 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	RUA JOÃO BATISTA	Número	370	Complemento	CASA
Bairro	CENTRO	Cidade	SURUBIM	Estado	PE
Email	AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR	Telefone comercial(DDD)	(81)9700-1998	Telefone celular (DDD)	55750-000

SURUBIM/PE, 10 de NOVEMBRO de 2019
Local e Data

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



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista - Recife - PE - CEP 50051-902
Ano 100 anos contando 2011 | Linha Est. 0800-980-83 | www.caeepe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CEP 945 7444-00

CENTRO/SURBIM
SURUBIM/PÉ
55780-000

**CLASSIFICAÇÃO
BIBLIOGRÁFICA
PESQUISA**

7005749888 10/2019

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	EXPIRAÇÃO
077.00097	03/04	07/04/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLOUDS	Nº DA INSCRIÇÃO
07/04/2019	2011168008	375.832

TOTAL A PAGAR (R\$) 102,74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Aprov(VRI)	108.000000	0,0108952	0,75
Acessorio Balaio a AMARELA			0,50
Acessorio Bandeja VERMELHA			5,01
Cortina Janelas Publica Municipal			8,54
ICMS Subvençao CDE- NF 0802270-04/07/19			0,78
ICMS Subvençao CDE- NF 073044280-05/08/19			0,80
Multa por atraso-NF 075044284 - 04/09/19			1,25
Multa por atraso-NF 070044284 - 04/09/19			0,11

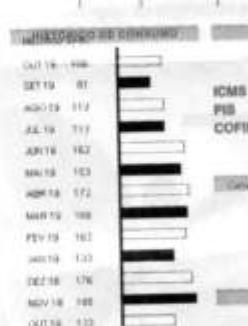
ICME Subversive CDE-NP 071044284-050819
Mute per strato-TIF 075948284-0403W19
Lame per strato-TIF 075948284-0403W19

TOTAL DEFEATUR

102/74

PARA CONSULTAR AVISO DE CORREO EN LA DÉCIMA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO (CAT)	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
1020514		14-08-2016	08.128,00	14-08-2016	08.237,00	19	1.00000		109,00



		COMPRA/USO DO CONSUMO	
DIAGNÓSTICO DE TRIBUTOS		VALOR DO IMPÔTO	VALOR DA BASE DE CÁLCULO
Base de cálculo	%	R\$ 25,60	R\$ 93,05
Exemptions		R\$ 0,00	R\$ 0,00
Item Redução (Cálculo)		R\$ 19,81	R\$ 73,80
Perda de energia		R\$ 0,17	R\$ 0,63
Encargos Sistelane		R\$ 4,01	R\$ 13,00
Irregular		R\$ 29,88	R\$ 93,05
Total		R\$ 53,00	100%

ERBA BE'S EDAD BIEF COOD TOOT PECI 8977





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Box Viela, Recife - PE, CEP 50060-902
CNPJ 10.835.802/0001-08 | Insc. Est. 0005943-03 | www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE

INTERESSO DA UNIDADE CONSUMIDORA

ELIANE SILVA DA R

SIR JUNCO 485

SPR-000-145-274-03AND-16000214510

SIR JUNCO 485

REFERENCES

LAGOA DE PEDRA/LAGOA DE PEDRA

CLASSIFICAÇÃO

CONTAS CONT. 10	VENCIMENTO
7011159146	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
12/08/2019	04/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	33,04

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30_000000	0,19124008	5,73
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	57_000000	0,32784015	21,99
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,65
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,22
Contrib. Itum - Pública Municipal			3,66
Multa por atraso-NF 068268585 - 04/07/19			0,53
Juros por atraso-NF 068268585 - 04/07/19			0,10
Atualização IGP-M-NF 068268585 - 04/07/19			0,09

TOTAL DA FATURA 33.04

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para obtener más información,
consulte el documento *Introducción a ANEXO
A14-2010*, la cual se incluye
en el sitio web de la Oficina de
Investigación y Desarrollo. Para
consultar el documento, visite el
[sitio web de la Oficina de
Investigación y Desarrollo](http://www.oedc.gc.ca).

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
067.705.044-56 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: SITIO JUNCO	9 - Número: 485	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: LAGOA DE PEDRA	12 - Cidade: CASINHAS	13 - Estado: PE	14 - CEP: 59755-000
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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO 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 BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Soriente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 1295 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____
CONTA: 23384 (Informar o dígito se existir)	CONTA: _____
(3) (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/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel/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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Casinhas - PE 12/11/2019**
João Naldo da Silva Pereira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**SAMU
192**



Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº.29/2019

Atendendo ao requerimento do Sr. José Naildo da Silva Pereira, portador de Identidade nº 6.962.644 SDS-PE e inscrito no CPF sob o nº 067.705.044-56, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **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

Marilia 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: 4 - Nome completo da vítima:
067.705.044-56 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: SITIO JUNCO	9 - Número: 485	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: LAGOA DE PEDRA	12 - Cidade: CASINHAS	13 - Estado: PE	14 - CEP: 59755-000
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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO 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 BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Soriente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 1295 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____
CONTA: 23384 (Informar o dígito se existir)	CONTA: _____
(3)	(informar o dígito se existir)
	(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel/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.

NÃO ALFABETIZADO

Ingratidão
ignorância
extrema
dumbre
não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Casinhas - PE 12/11/2019**
João Naldo da Silva Pereira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 115ª CIRCUNSCRIÇÃO - LIMOEIRO - DP115ºCIRC
DINTER1/16ºDESEC

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 - Culposo (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: **MUNICIPIO 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 (VITIMA)
ADRIANO PESSÔA DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEICULO: (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 CABACO - CASINHAS/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE CASINHAS, 485, SÍTIO JUNCO - CEP: 55755000 - Bairro: JUNCO - CASINHAS/PERNAMBUCO /BRASIL, POR TRÁS DO BAR DO CABACO**

ADRIANO PESSÔA 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: **MUNICIPIO 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)** Escalardade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 995911145**

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

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: **118119605** 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

À 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 OPRAZO 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
(VITIMA)

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



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: 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



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, 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/08/2019

Titular do CPF: JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

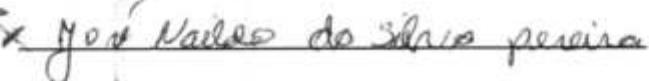
NOME: JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: AGRICULTOR
IDENTIDADE: N°06665 SERIE 00076 MTE/PE - CPF 067.705.044-56
DATA DO ACIDENTE: 10/08/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VITIMA: JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA
ENDEREÇO: SI JUNCO, 485, LAGOA DE PEDRA, CASINHAS – PE

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.

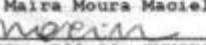
CASINHAS- PE 03 DE SETEMBRO 2019


x José Naildo da Silva Pereira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

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

RECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a firma de JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA. Dou fé. Casinhas - PE. Maíra Moura Maciel
- Tabelia Interina. 
Encomentos: 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/seledigital

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/08/2019

Titular do CPF: JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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: 27/03/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

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 sequelas

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): Capital 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: José Nivaldo da Silva CPF do beneficiário: 067.705.049-56
 Nome do solicitante: Pereira CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 9700-1998 DDD Tel. Comercial: (...) DDD Tel. Residencial: (...) DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS 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 REANALISE.

NÃO

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

- Novos documentos médicos
- Laudo do INI
- 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
José Nivaldo da Silva Pereira
 Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, leia o formulário, assine e entregue 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/08/2019

Titular do CPF: JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

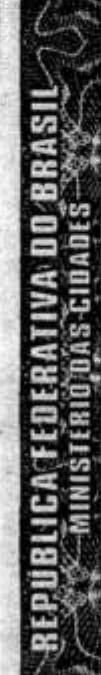
Data da apresentação: 12/11/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

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



DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

VIA	000. REBAHAM	RNTRC	EXERCÍCIO
1	118110500	*****	2015

ELIANE SILVA DA ROCHA
PAULISTA - PE

PLACA	098-145-21	CHASSI	9CCK8417
* * * * *	* * * * *	COMBUSTÍVEL	GLICO/GASOL

MARCA/MODELO	HONDA/XRE 300 ABS	ANO/FAB.	2010	ANO/MOD.	2010
CAPAC/CL.	2P/293CL	CATEGORIA	PARTIC	COR PREDOMINANTE	VERDE
COTA UNICA	1 P 1PV2A 2019 QUITADO	VENC. COTATUNICA	18 * * * * *	VENC/COTAS	18 * * * * *

FADA IPVA	2019 PARCELA 01	PAGAMENTO/COTAS	2* * * * *	DATA DE PAGAMENTO	13/02/19
V	1	*** * * * *	3* * * * *	PRÉMIO TARIÁRIO (R\$)	4.15

PRÉMIO TARIÁRIO (R\$)	40 (R\$)	CUSTO DO BILHETE (R\$)	10 (R\$)	DESPESA (R\$)	4.01
B 0.1	0.32	34.58	0.32	40 (R\$)	4.00

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA	OBSEVAÇÕES	COTA ÚNICA	PAGAMENTO	PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO
		X			13/02/19

CONTRIBUIN

CONTRIBUIN

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

EXERCÍCIO	2019	DATA EMISSÃO	25/02/19
-----------	------	--------------	----------

VIA	098-145-374-03	CPF / CNPJ	4228917
-----	----------------	------------	---------

RENAVAM	181106050	HONDA/XRE 300 ABS	MARCA / MODELO
---------	-----------	-------------------	----------------

ANO/FAB	2010	9C2ND1120KR100340	Nº CHASSI
---------	------	-------------------	-----------

DESPESA	0.9	PREMIO TARIARIO	DATA DE QUITAÇÃO
---------	-----	-----------------	------------------

CUSTO DO BILHETE (R\$)	4.15	IPVA (R\$)	4.01
------------------------	------	------------	------

PRÉMIO TARIÁRIO (R\$)	40 (R\$)	DESPESA (R\$)	4.00
-----------------------	----------	---------------	------

IPVA (R\$)	0.32	IPVA (R\$)	0.32
------------	------	------------	------

DATA DE QUITAÇÃO	13/02/19	DATA DE QUITAÇÃO	13/02/19
------------------	----------	------------------	----------

PARCELADO		PARCELADO	
-----------	--	-----------	--

DATA	25/02/19	DATA	25/02/19
------	----------	------	----------

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.243.808/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
P.R.F. NAM P.T.P. DENTRO DO CARTERATO

8102-ML