

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

3180578045

CPF da vítima:

03799462465

Nome completo da vítima:

LOURIVAL MANDEL DE FREITAS JUNIOR

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

Nome completo:

LOURIVAL MANDEL DE FREITAS JUNIOR

Profissão:

REC-INF

Endereço:

SI. TAMANDUA

Bairro:

MIMOSO

Cidade:

SURUBIM

Estado:

PE

CPF:

03799462465

Número:

250

Complemento:

CASA

CEP:

55750000

Tel. (DDD):

(81) 96650454

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

4067

CONTA:

01002072

5

(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.

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.

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
INVALIDEZ PERMANENTE  
NÃO VERIFICADO

22 FEV 2019

Gerente Seguradora SIA  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Grupos de Trabalho  
Cep: 52011-040

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (val nascer)?

☐ Sim ☐ Não

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, SURUBIM PE 21/02/19

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

LOURIVAL MANDEL DE FREITAS JUNIOR

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:


CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

 **Santander**



**4191 9023 8284 7323**

4191

MEMBER  
SINCE **05/08**

VALID  
THRU

**01/23**

**LOURIVAL M F JUNIOR**  
**4067 01002072-5**

**VISA**

Electron

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DEVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
22 FEV 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Grças - Recife/PE CEP: 52011-040

---

**Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2018**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180578045**

**Vítima: LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR**

**Data do Acidente: 09/02/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR**

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

Autorização de pagamento incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

DUT incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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



Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR**

Nº Sinistro: **3180578045**

Vítima: **LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR**

Data do Acidente: **09/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180578045**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13691361



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190253274 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR **Data do acidente:** 09/02/2018 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da clavícula esquerda

**Descrição do exame físico:** Ao exame: redução da amplitude de movimento do ombro esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Quadro submetido a tratamento conservador, evoluindo com consolidação viciosa e encurtamento da clavícula esquerda.  
Recebeu alta há um ano.

**Sequelas permanentes:** Deficit funcional leve(25%) em ombro esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 17/05/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em ombro esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador

## 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA LOURIVAL MANOEL DE FÉLIX JUNIOR  
 DATA DO ACIDENTE 09/02/2018 CPF DA VÍTIMA 037.994.624/65  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA SÃO BATISTA  
 Nº 330 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO  
 CIDADE DURUIBA UF PE CEP 65360-000  
 E-MAIL afseguros1994@yahoo.com TELEFONE (81) 9665-0464

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA  
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
 ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO  
 • MORTE = R\$ 13.500,00  
 • INVALIDEZ PERMANENTE - ATE R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.347/74.  
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATE R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA  
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO  
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

DATA

IDENTIDADE

NOME

ASSINATURA

ASSINATURA

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3190253274

**Nome do(a) Examinado(a):** LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR

**Endereço do(a) Examinado(a):** SITIO TAMANDUÁ, 250 - SURUBIM/PE -  
CEP 55750-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 6056446 - SSP PE

**Data e Local do Acidente :** 09/02/2018

**Data e Local do Exame :** 17/05/2019 CLINICA AVANCE - RUA NOSSA  
SENHORA DE FATIMA, 350 - CARUARU/PE - CEP 55012-600

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

Fratura da clavícula esquerda.

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

Quadro submetido a tratamento conservador, evoluindo com consolidação viciosa e encurtamento da clavícula esquerda. Recebeu alta há um ano.

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

Ao exame: redução da amplitude de movimento do ombro esquerdo.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** ☒ Sim ☐ Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?** ☒ Sim ☐ Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

Dano funcional do ombro esquerdo.

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.**



**a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).**

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

( ) “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

Dano funcional ombro esquerdo

% do Dano ( ) 10% residual ( X ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

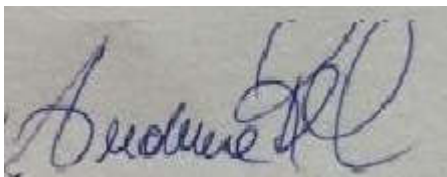
Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**



ANDREA RODRIGUES MADEIRA CRM : 19953 / UF :PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN-PE  
CONSULTA DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO VIA INTERNET

VIA \_\_\_\_\_ COD.RENAVAM \_\_\_\_\_ R.T.B. \_\_\_\_\_ EXERCÍCIO \_\_\_\_\_  
 \*\*\*\*  
 NOME / ENDEREÇO \_\_\_\_\_  
 \*\*\*\*  
 CPF / CGC \_\_\_\_\_ PLACA \_\_\_\_\_  
 \*\*\*\*\* NXW6520  
 PLACA ANTERIOR/UF \_\_\_\_\_ CHASSI \_\_\_\_\_  
 9C2HB0218AR532744  
 ESPÉCIE TIPO \_\_\_\_\_ COMBUSTÍVEL \_\_\_\_\_  
 PAS MOTOCICLETA GASOLINA  
 MARCA/ MODELO \_\_\_\_\_ ANO FAB \_\_\_\_\_ ANO MOD \_\_\_\_\_  
 HONDA/POP100 2010 2010  
 CAP / POT / CIL \_\_\_\_\_ CATEGORIA \_\_\_\_\_ COR PREDOMINANTE \_\_\_\_\_  
 20/97 PARTIC LARANJA  
 I COTA ÚNICA (R\$) \_\_\_\_\_ VENC.COTA ÚNICA \_\_\_\_\_ VENC./COTAS \_\_\_\_\_  
 P FAIXA LP.V.A. \_\_\_\_\_ PARCELAMENTO / COTAS \_\_\_\_\_  
 V \*\*\*\*\*  
 A \*\*\*\*\*  
 3 x 0.00  
 PRÊMIO LÍQUIDO (R\$) \_\_\_\_\_ ISOF \_\_\_\_\_ PRÊMIO TOTAL (R\$) \_\_\_\_\_ DATA DE PAGAMENTO \_\_\_\_\_  
 \*\*\*\*

RESTRICÇÕES:  
NADA CONSTA

OBSERVAÇÕES

RECIFE

LOCAL

VIA INTERNET

DATA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 DEZ 2018

Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE



Secretaria de Saúde

Juarez Passalunghi

Lauro de Souza

Paulo Roberto

João de Deus

Therese dos Santos

Academista de Teoria e

Legal Artística de Teoria

Teoria de Teoria de Teoria

De Teoria de Teoria

Gravata, Rua da Gravata, 11, Centro, São Paulo, SP

Fone: 3333-3333 - 3333-3333 - 3333-3333

1900







## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO**  
 ALJOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
 RECIFE, PERNAMBUCO  
 CEP 50050-902  
 CNPJ 10.335.932/0001-08  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
 COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
 Ouvidoria 0800 282 5599  
 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
 de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

LOURIVAL MANOEL DE FREITAS

CPF: 083.846.264-49

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

R. TAMANDUA 250

TAMANDUA/MIMOSO  
55750-000 SURUBIM PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

## DATA DE VENCIMENTO

17/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

53,46

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

25/04/2018

## DATA DA APRESENTAÇÃO

10/05/2018

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

014537371

## CONTA CONTRATO

001355456010

## Nº DO CLIENTE

2000801233

## Nº DA INSTALAÇÃO

0003773431

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

872F.C6E5.A54D.B2C2.2A88.BC52.504A.6B66

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	87,00	0,98842018	57,87
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,06
ICMS Subvenção-CDE-NF 003221807-25/01/18			0,34
ICMS Subvenção-CDE-NF 007034413-23/02/18			0,81
Compensação DMIC 02/18			5,52
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>53,46</b>

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
57,87	25,00	14,49	57,87	0,82	0,30	57,87	2,40	1,39

## R\$ ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE

Vencido	15 dias	Valor
03/05/18	10/05/18	58,88
03/05/18	20/05/18	65,42

Nota com unidade NÃO substitui a nota de débitos anteriores e NÃO constitui débito em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 29 RER-14/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de crédito SPC e SERASA.

## Tarifas Aplicadas

Consumo a Mês(kWh) 8.480.000

## HISTÓRICO DO CONSUMO

	KWh
ABR 18	87
MAR 18	121
FEB 18	96
JAN 18	53
DEZ 17	48
NOV 17	45
OUT 17	46
SET 17	41
AGO 17	36
JUL 17	44
JUN 17	52
MAY 17	52
ABR 17	52

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	RS	%
Geração de Energia	15,28	28,38
Transmissão	1,72	3,27
Distribuição (Celpe)	14,15	24,48
Encargos Setoriais	5,34	9,91
Tributos	16,18	27,91
Perdas de Energia	4,75	7,35
<b>TOTAL</b>	<b>57,87</b>	<b>100</b>

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0000000313157126	CAT	17/04/2018	3.185,06	25/04/2018	3.185,00	8	1,00000	0,00	0,00
0000000313157126	CAT	25/03/2018	3.098,00	17/04/2018	3.185,00	22	1,00000	0,00	87,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 25/05/2018

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	RETA MENSAL	RETA TRIM.	RETA ANUAL
Fev/2018					
DC-Nº de horas sem Energia	SURUBIM	20,83	5,95	11,10	22,21
RC-Nº de vezes sem Energia		1,00	3,42	6,85	13,70
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		20,83	3,20	9,90	0,00
DMIC-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DMIC: 12,22
SUBC-Valor do Encargo de Uso					R\$ 21,54

Nota: Consumidor pode solicitar a aplicação dos indicadores DC, RC, DMIC e DMIC em qualquer tempo.

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! farmácia do bairro do coqueiro: av marilda arruda guerra 125 coqueiro / ita moveis li: surubim coqueiro-Lista completa em www.celpe.com.br.  
 Na data de leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.  
 O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
 Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.  
 O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.  
 Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

## NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001355456010	04/2018	53,46	17/05/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838000000009 534600110018 355456010102 131970774938



## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





491393  
06/06/18/18  
31805805  
Bobbm  
Original

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC  
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0206002688**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/12/2018** às **12:00**

Complementa o BO Número: **18E0206002687**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **9/2/2018** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO TAMANDUÁ DE CIMA, PRÓXIMO A RESIDÊNCIA DE VICENTE HENRIQUE - 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)  
RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA (OUTRO)  
LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JÚNIOR (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA**

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

**LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JÚNIOR (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CECILIA PEREIRA DE FREITAS Pai: LOURIVAL MANOEL DE FREITAS Data de Nascimento: 18/4/1980 Naturalidade: SAO PAULO / SAO PAULO / BRASIL Documentos: 6056446/SSP/PE (RG). 03799462465 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: APOSENTADO Telefones Celulares: - 81997396718**

Residência: **SÍTIO TAMANDUÁ DE BAIXO, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE**

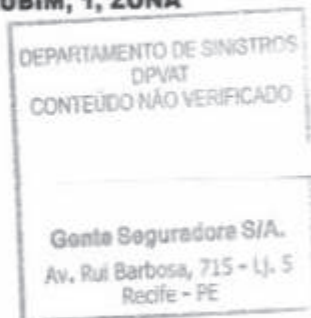
**RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Residência: **SÍTIO TAMANDUÁ DE CIMA, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE**

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

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

**VEÍCULO (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA**



Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **LARANJA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **NXW6520** (PERNAMBUCO/SURUBIM) Renavam: **229042660** Chassi: **9C2HB0210AR532744**  
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

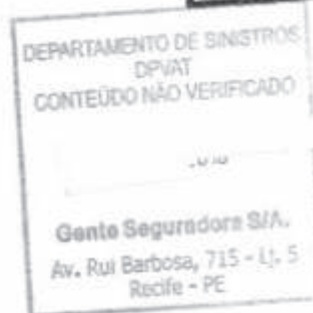
**COMPARECEU NESTA DP A PESSOA DE LOURIVAM MANOEL DE FREITAS JÚNIOR, NOTICIANDO QUE NO DIA 09/02/2018, POR VOLTA DAS 17:00 HORAS DIRIGIA A MOTOCICLETA ACIMA MENCIONADA EM UMA ESTRADA DE TERA A NO SÍTIO TAMANDUÁ DE CIMA, ZONA RURAL DESTA MUNICÍPIO, QUANDO PERDEU O CONTROLE DE DIREÇÃO DA MOTOCICLETA VINDO A BATER EM UMA CERCA DE ARAME E CAIR, E NA QUEDA SOFREU UMA LESÃO NA CLAVÍCULA ESQUERDA, SENDO SOCORRIDO PELO SEU VIZINHO O SR. "VICENTE HENRIQUE", PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE E EM SEGUIDA DEVIDO A GRAVIDADE DA LESÃO FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU-PE. DIANTE DO FATO REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.**

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

**LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JÚNIOR**  
(VITIMA)

*Lourival Manoel de Freitas Junior*

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





Bokken original

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PEGOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC  
DINTER1/16ªDESECBOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0206002687**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/12/2018** às **11:56**Complementado pelo BO Número: **18E0206002688****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **9/2/2018** às **17:00**Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO TAMANDUÁ DE CIMA, PRÓXIMO A RESIDÊNCIA DE VICENTE HENRIQUE - 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)  
RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA (OUTRO)  
LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JÚNIOR (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA**

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

**LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JÚNIOR (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: CECILIA PEREIRA DE FREITAS** Pai: **LOURIVAL MANOEL DE FREITAS** Data de Nascimento: **18/4/1980** Naturalidade: **SAO PAULO / SAO PAULO / BRASIL** Documentos: **6056446/SSP/PE (RG), 03799462465 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **APOSENTADO** Telefones Celulares: **- 81997396718**Residência: **SÍTIO TAMANDUÁ DE BAIXO, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE - SURUBIM/PERNAMBUCO / BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE****RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**Residência: **SÍTIO TAMANDUÁ DE CIMA, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE - SURUBIM/PERNAMBUCO / BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE****NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEÍCULO (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA**, que estava emDEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADOGente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

posse do(a) Sr(a): **RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **LARANJA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **NXW6520** (PERNAMBUCO/SURUBIM) Renavam: **229042660** Chassi: **9C2HB0210AR532744**

Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**

### Complemento / Observação

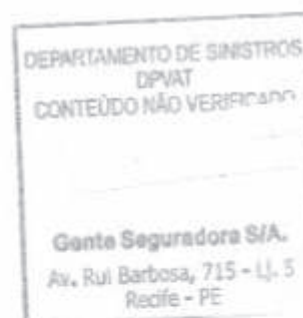
**COMPARECEU NESTA DP A PESSOA DE LOURIVAM MANOEL DE FREITAS JÚNIOR, NOTICIANDO QUE NO DIA 09/02/2018, POR VOLTA DAS 17:00 HORAS DIRIGIA A MOTOCICLETA ACIMA MENCIONADA EM UMA ESTRADA DE TERRA NO SÍTIO TAMANDUÁ DE CIMA, ZONA RURAL DESTA MUNICÍPIO, QUANDO PERDEU O CONTROLE DE DIREÇÃO DA MOTOCICLETA VINDO A BATER EM UMA CERCA DE ARAME E CAIR, E NA QUEDA SOFREU UMA LESÃO NA CLAVÍCULA ESQUERDA, SENDO SOCORRIDO PELO SEU VIZINHO O SR. "VICENTE HENRIQUE", PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE E EM SEGUIDA DEVIDO A GRAVIDADE DA LESÃO FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU-PE. DIANTE DO FATO REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.**

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

**LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JÚNIOR**  
(VITIMA)

*Lourival Manoel de Freitas Junior*

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







Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **LARANJA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **NXW6520** (PERNAMBUCO/SURUBIM) Renavam: **229042660** Chassi: **9C2HB0210AR532744**

Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

**COMPARECEU NESTA DP A PESSOA DE LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JÚNIOR, NOTICIANDO QUE NO DIA 09/02/2018, POR VOLTA DAS 17:00 HORAS DIRIGIA A MOTOCICLETA ACIMA MENCIONADA EM UMA ESTRADA DE TERRA NO SÍTIO TAMANDUÁ DE CIMA, ZONA RURAL DESTA MUNICÍPIO, QUANDO PERDEU O CONTROLE DE DIREÇÃO DA MOTOCICLETA VINDO A BATER EM UMA CERCA DE ARAME E CAIR, E NA QUEDA SOFREU UMA LESÃO NA CLAVÍCULA ESQUERDA, SENDO SOCORRIDO PELO SEU VIZINHO O SR. "VICENTE HENRIQUE", PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE E EM SEGUIDA DEVIDO A GRAVIDADE DA LESÃO FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU-PE. DIANTE DO FATO REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.**

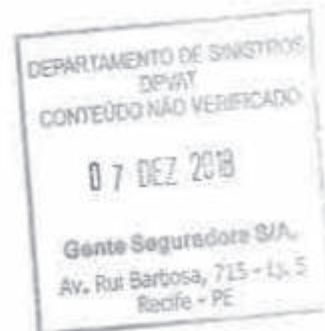
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

**LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JÚNIOR**  
(VITIMA)

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

*Lourival Manoel de Freitas Junior*

*HS*







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC  
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0206002687**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/12/2018** às **11:56**

Complementado pelo BO Número: **18E0206002688**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **9/2/2018** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO TAMANDUÁ DE CIMA, PRÓXIMO A RESIDÊNCIA DE VICENTE HENRIQUE - 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)  
RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA (OUTRO)  
LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JÚNIOR (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA**

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

**LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JÚNIOR (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: CECILIA PEREIRA DE FREITAS Pai: LOURIVAL MANOEL DE FREITAS Data de Nascimento: 18/4/1980 Naturalidade: SAO PAULO / SAO PAULO / BRASIL Documentos: 6056446/SSP/PE (RG). 03799462465 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: APOSENTADO Telefones Celulares: - 81997396718**

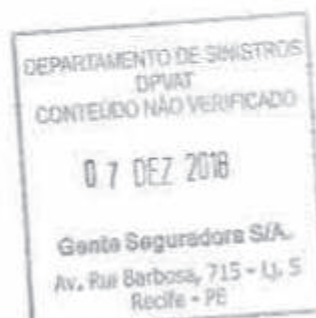
Residência: **SÍTIO TAMANDUÁ DE BAIXO, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE**

**RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Residência: **SÍTIO TAMANDUÁ DE CIMA, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE**

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

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

**VEÍCULO (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA**, que estava em



posse do(a) Sr(a): **RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **LARANJA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **NXW6520** (PERNAMBUCO/SURUBIM) Renavam: **229042660** Chassi: **9C2HB0210AR532744**  
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DP A PESSOA DE LOURIVAM MANOEL DE FREITAS JÚNIOR, NOTICIANDO QUE NO DIA 09/02/2018, POR VOLTA DAS 17:00 HORAS DIRIGIA A MOTOCICLETA ACIMA MENCIONADA EM UMA ESTRADA DE TERRA NO SÍTIO TAMANDUÁ DE CIMA, ZONA RURAL DESTA MUNICÍPIO, QUANDO PERDEU O CONTROLE DE DIREÇÃO DA MOTOCICLETA VINDO A BATER EM UMA CERCA DE ARAME E CAIR, E NA QUEDA SOFREU UMA LESÃO NA CLAVÍCULA ESQUERDA, SENDO SOCORRIDO PELO SEU VIZINHO O SR. "VICENTE HENRIQUE", PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE E EM SEGUIDA DEVIDO A GRAVIDADE DA LESÃO FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU-PE. DIANTE DO FATO REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.

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

**LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JÚNIOR**  
(VITIMA)

*Lourival Manoel de Freitas Junior*

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





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 037.994.624-65 Nome completo da vítima: LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR

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

Nome completo: LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR CPF: 037.994.624-65  
Profissão: REC. INF Endereço: SI TAMANDUA Número: 250 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: MIMOSO Cidade: SURUBIM Estado: PE CEP: 55750-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): (81) 9665-0454

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

RENDA MENSAL:  
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

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

AGÊNCIA: 4067 CONTA: 1002072 5  
(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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no conteúdo da avaliação médica apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

RECEBIMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 DEZ 2018

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: SURUBIM/PE 04/12/2018

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190253274

Vítima: LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR

Data do Acidente: 09/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR

Valor: R\$ 843,75

Banco: 033

Agência: 000004067

Conta: 000001002072-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 16 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190253274**                      **Vítima: LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR**

**Data do Acidente: 09/02/2018**                      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190253274**

**Vítima: LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR**

**Data do Acidente: 09/02/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR**

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

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Documentos de identificação ilegível, o documento não permite a leitura das informações, 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



---

**Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190253274**

**Vítima: LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR**

**Data do Acidente: 09/02/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR**

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

Documentação médico-hospitalar

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



---

**Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190253274**

**Vítima: LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR**

**Data do Acidente: 09/02/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04067

CONTA: 000001002072-5

---

Nr. da Autenticação AB75262CE2961BCE



## BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0055343

Prontuário: 00029713-5

Idade: 37 ANOS, 9 MESES E 22 DIAS

Nome: LOURIVAL MANOEL DE FREITAS

Dt. Nasc.: 18/04/1980 Sexo: M Est. Civil: SOLTEIRO

Endereço: SÍTIO TAMANDÁ/PROX. A VICENTE HENRIQUE

CEP: 55750000

Cidade: SURUBIM/PE

Bairro: ZONA RURAL

Nac: BRASIL

Documento: CI6056446

CNS:

Sis prenatal:

Tel: (81) 9739-6718

Mãe: CECILIA PEREIRA DE FREITAS

Pai: LOURIVAL MANOEL DE FREITAS

Profissão: AGRICULTOR

Responsável:

Últimas Ocorrências		
Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
09/02/2018 20:10	0055343	ACIDENTE DE MOTO.

PRE-CONSULTA					
Urgência ( ) Não Urgência ( ) Emergência ( ) Acidente Trabalho ( ) Acidente Trânsito ( )					
Horário	P.A.		Pulso	Peso	Assinatura

Queixas / Diagnóstico	Tratamento
<i>Queixa anoto.</i> <i>afecção da</i> <i>orelha</i> <i>Esq.</i>	<i>+ Ceto profeno 1 comp</i> <i>dipirona 1 comp 21/35</i> <i>+ Tramal 100 mg 80v 3d.</i> <i>500 mg 100v</i> <i>+ fipira braço Esq.</i>

Exames complementares	Impressão diagnóstica	CID
<i>Ex. Clamante</i>	<i>fratura Clamante Esq.</i>	

Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito:

às \_\_\_\_ h \_\_\_\_ m do dia \_\_\_\_

ADM MEDICAMENTO:		CID Maria Gorete dos Anjos Moraes TÉCNICO LCOBEN Tec. EN Coram: 551923 <i>W. Fielte</i>
<input type="checkbox"/> CURATIVO <input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP <input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	
Consultas / Atendimento Médico:		MÉDICO Médico RM-PE 177105 HORÁRIO:
<input type="checkbox"/> urgência básica <input type="checkbox"/> urgência especializada <input type="checkbox"/> observação básica <input type="checkbox"/> observação especializada		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 07 DEZ 2018 Costa Seguros S/A. Av. Rui Barbosa, 715 - LJ. 5 Recife - PE	HORÁRIO

Data da impressão: Sexta-feira, 09 de Fevereiro de 2018 às 20:10

Recepcionista: CAROLAYNE

# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: LOURIVAL MANOEL DE FREITAS  
Data Nasc.: 18/04/1980 Idade: 37 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:  
CPF: RG: CNS: 700000933213004 Nº: 0  
Endereço: SÍTIO TAMANDUA Cidade: SURUBIM Estado: PE  
Bairro: ZONA RURAL Profissão: AUTONOMO  
CEP: 55750000 Fone: 97396518  
Nome da Mãe: CECILIA MANOEL FREITAS  
Acompanhante:  
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA  
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

## 2 - ATENDIMENTO Data: 10/02/2018 00:22 Médico: MEDICO PLANTONISTA

### Queixa Principal / HDA:

Problema no ombro com dor  
de mais (A.C.)

### Exame Físico:

PA: FC: FR:

Exame físico no ombro esquerdo

### Diag. Provisório:

Fratura de Cebra

Rx: Fratura do terço lateral  
de Cebra

### Prescrição:

Dieta:

Horário

Data

Dr. LUIZ CARLOS ALVES  
Cirurgião

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 DEZ 2018

Dr. Mauricio Pires  
Ortopedia / Traumatologia  
Cirurgia do Quadril  
RUE: 123456789

Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

Arquivo O  
Terminado









DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
07 DEZ 2018  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE







# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 037.994.624-65 Nome completo da vítima: LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR

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

Nome completo: LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR CPF: 037.994.624-65  
Profissão: REC. INF Endereço: SI TAMANDUA Número: 250 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: MIMOSO Cidade: SURUBIM Estado: PE CEP: 55750-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): (81) 9665-0454

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

RENDA MENSAL:  
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

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

AGÊNCIA: 4067 CONTA: 1002072 5  
(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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no conteúdo da avaliação médica apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

RECEBIMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 DEZ 2018

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Local e Data: SURUBIM/PE 04/12/2018

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





491393  
06/16/18

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0206002688

Complementa o BO Número: **18E0206002687**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO TAMANDUÁ DE CIMA, PRÓXIMO A RESIDÊNCIA DE VICENTE HENRIQUE - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)  
 RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA (OUTRO)  
 LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JÚNIOR (VITIMA)

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
07 DEZ 2018  
Gente Seguradores S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

Residência: **SÍTIO TAMNDUÁ DE BAIXO, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE**

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

**VEÍCULO (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **LARANJA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **NXW6520** (PERNAMBUCO/SURUBIM) Renavam: **229042660** Chassi: **9C2HB0210AR532744**

Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

**COMPARECEU NESTA DP A PESSOA DE LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JÚNIOR, NOTICIANDO QUE NO DIA 09/02/2018, POR VOLTA DAS 17:00 HORAS DIRIGIA A MOTOCICLETA ACIMA MENCIONADA EM UMA ESTRADA DE TERRA NO SÍTIO TAMANDUÁ DE CIMA, ZONA RURAL DESTA MUNICÍPIO, QUANDO PERDEU O CONTROLE DE DIREÇÃO DA MOTOCICLETA VINDO A BATER EM UMA CERCA DE ARAME E CAIR, E NA QUEDA SOFREU UMA LESÃO NA CLAVÍCULA ESQUERDA, SENDO SOCORRIDO PELO SEU VIZINHO O SR. "VICENTE HENRIQUE", PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE E EM SEGUIDA DEVIDO A GRAVIDADE DA LESÃO FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU-PE. DIANTE DO FATO REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.**

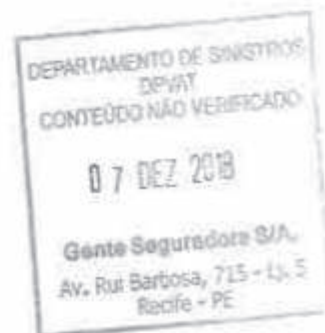
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

**LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JÚNIOR**  
(VITIMA)

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

*Lourival Manoel de Freitas Junior*

*[Handwritten signature]*







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC  
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0206002687**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/12/2018** às **11:56**

Complementado pelo BO Número: **18E0206002688**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **9/2/2018** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO TAMANDUÁ DE CIMA, PRÓXIMO A RESIDÊNCIA DE VICENTE HENRIQUE - 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)  
RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA (OUTRO)  
LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JÚNIOR (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA**

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

**LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JÚNIOR (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: CECILIA PEREIRA DE FREITAS Pai: LOURIVAL MANOEL DE FREITAS Data de Nascimento: 18/4/1980 Naturalidade: SAO PAULO / SAO PAULO / BRASIL Documentos: 6056446/SSP/PE (RG). 03799462465 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: APOSENTADO Telefones Celulares: - 81997396718**

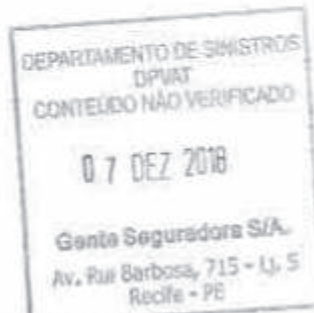
Residência: **SÍTIO TAMANDUÁ DE BAIXO, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE**

**RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Residência: **SÍTIO TAMANDUÁ DE CIMA, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE**

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

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

**VEÍCULO (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA**, que estava em



posse do(a) Sr(a): **RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **LARANJA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **NXW6520** (PERNAMBUCO/SURUBIM) Renavam: **229042660** Chassi: **9C2HB0210AR532744**  
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DP A PESSOA DE LOURIVAM MANOEL DE FREITAS JÚNIOR, NOTICIANDO QUE NO DIA 09/02/2018, POR VOLTA DAS 17:00 HORAS DIRIGIA A MOTOCICLETA ACIMA MENCIONADA EM UMA ESTRADA DE TERRA NO SÍTIO TAMANDUÁ DE CIMA, ZONA RURAL DESTA MUNICÍPIO, QUANDO PERDEU O CONTROLE DE DIREÇÃO DA MOTOCICLETA VINDO A BATER EM UMA CERCA DE ARAME E CAIR, E NA QUEDA SOFREU UMA LESÃO NA CLAVÍCULA ESQUERDA, SENDO SOCORRIDO PELO SEU VIZINHO O SR. "VICENTE HENRIQUE", PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE E EM SEGUIDA DEVIDO A GRAVIDADE DA LESÃO FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU-PE. DIANTE DO FATO REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.

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

**LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JÚNIOR**  
(VITIMA)

*Lourival Manoel de Freitas Junior*

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

