
Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200035695

Vítima: CLAUDIO VANDERSON DE MENESES

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ELINE KELLY PEREIRA DE LIMA MENESES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLAUDIO VANDERSON DE MENESES

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

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200035695

Vítima: CLAUDIO VANDERSON DE MENESES

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ELINE KELLY PEREIRA DE LIMA MENESES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLAUDIO VANDERSON DE MENESES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: CLAUDIO VANDERSON DE MENESES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002551

Conta: 0000015669-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 070.533.344-22 4 - Nome completo da vítima: Claudio Vanderson de Menezes

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

5 - Nome completo: Claudio Vanderson de Menezes 6 - CPF: 070.533.344-22
7 - Profissão: Relator de Rua José Vieira de Bona 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Toritama 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55125-000
15 - E-mail: 16 - Tel./DDD: (81) 9.9258-3087

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2551 CONTA: 35669 1

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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 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 na documentação 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Toritama 22/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CAIXA
POUPANÇA

603689 0010 74686 7159

CLAUDIO VANDERSON MENESES

10/24

603689 0010 74686 7159

mastercard



COMPRESA

PROTUCOLO
AGENCIA RECIBO



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 129ª CIRCUNSCRIÇÃO - TORITAMA - DP129ªCIRC DINTER/17ª DESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0219001698**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **31/10/2019** às **09:24**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **2/6/2019** às **14:00**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA VICINAL DO SÍTIO TABOCAS, ZONA RURAL -**

CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 - Bairro: CENTRO -**

CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEM AUTORIA (AUTOR \ AGENTE)

CLAUDIO VANDERSON DE MENESES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a) **CLAUDIO VANDERSON DE MENESES**



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

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

CLAUDIO VANDERSON DE MENESES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **ANTONIA LUCIA SILVA DE MENESES** Pai: **EDVALDO JOSÉ DE MENESES** Data de Nascimento: **31/7/1986** Naturalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7474142/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTÔNOMO(A)** Telefones Celulares: **- 81992499649**

Endereço Residencial: **RUA JOSE VIEIRA DE BARROS, 103 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CLAUDIO VANDERSON DE MENESES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CLAUDIO VANDERSON DE MENESES** Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 110I** Objeto apreendido: **Não** Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCH6455 (PERNAMBUCO/TORITAMA)**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE CONDUZIA A SUA MOTOCICLETA DA MARCA HONDA, MODELO POP 110I, NA ESTRADA VICINAL DO SÍTIO TABOCAS, ZONA RURAL DE CARUARU, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO DO ALUDIDO VEÍCULO E VEIO A CAIR. AFIRMA O QUEIXOSO QUE FICOU GRAVEMENTE FERIDO, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA DESTA CIDADE DE TORITAMA, EM SEGUIDA FOI ENCAMINHADO

PARA O HOSPITAL REGIONAL DA CIDADE DE CARUARU. DO HRA FOI REMOVIDO PARA O HOSPITAL DE CADADE DE BEZERROS ONDE FOI SUBMETIDO A INTERVENÇÃO CIRURGICA, EM VIRTUDE DE TER FRATURA A CLAVICULA.

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

Claudio Vanderson de Menezes
CLAUDIO VANDERSON DE MENESES
(VITIMA)

Jose Meleno da Silva
B.O. registrado por: JOSE MELENO DA SILVA - Matrícula: 381.035-6



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: 070.533.344-22 4 - Nome completo da vítima: Claudio Vanderson de Menezes

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

5 - Nome completo: Claudio Vanderson de Menezes 6 - CPF: 070.533.344-22
7 - Profissão: Relator de Rua José Vieira de Bona 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Toritama 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55125-000
15 - E-mail: 16 - Tel./DDD: (81) 9.9258-3087

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2551 CONTA: 35669 1

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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 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 na documentação 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Toritama 22/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CAIXA
POUPANÇA

603689 0010 74686 7159

CLAUDIO VANDERSON MENESES

10/24

603689 0010 74686 7159

mastercard



COMPRESA

PROTUCOLO
AGÊNCIA RECIFE

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAUDIO VANDERSON DE MENESES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02551

CONTA: 000000015669-1

Nr. da Autenticação 038F4E8C55B16BD3

SEP 2005-002
 www.cdn.com.br

CPF: 070.763.114-85 NIS: 20008384852

CENTROTORITAMA
TORITAMA PE
66125-000

7023145080 09/2019
2509/2019 21/10/2019

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
			7,90
	30,00000000	0,26009899	31,21
	70,00000000	0,44006632	34,10
	51,00000000	0,88000000	5,87
Consumo Abto 30 kWh			0,56
Consumo Abto superior a 30 até 100 kWh			0,25
Consumo Abto superior a 100 até 220 kWh			1,86
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,66
Controle Jur. Publica Municipal - J			0,32
ICMS Subvenção-COE-NF 070313695-19/07/19			3,00
Multa por atraso-NF 070313695-19/07/19			
Juros por atraso-NF 070313695-19/07/19			
Atualização GPM-NF 070313695-19/07/19			
RECEITA MUNICIPAL (08113412-0880 DIOG 031 8880)			

TOTAL DA FATURA									
Nº DO SEDEJOS	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE SAB	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
15477099	CAT	17/06/2019	2,20	15/06/2019	12,00	9	1,0000		19,80
15477099	CAT	20/06/2019	11,501,00	13/06/2019	11,725,00	23	1,0000		15,22

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100	2101	2102	2103	2104	2105	2106	2107	2108	2109	2110	2111	2112	2113	2114	2115	2116	2117	2118	2119	2120	2121	2122	2123	2124	2125	2126	2127	2128	2129	2130	2131	2132	2133	2134	2135	2136	2137	2138	2139	2140	2141	2142	2143	2144	2145	2146	2147	2148	2149	2150	2151	2152	2153	2154	2155	2156	2157	2158	2159	2160	2161	2162	2163	2164	2165	2166	2167	2168	2169	2170	2171	2172	2173	2174	2175	2176	2177	2178	2179	2180	2181	2182	2183	2184	2185	2186	2187	2188	2189	2190	2191	2192	2193	2194	2195	2196	2197	2198	2199	2200	2201	2202	2203	2204	2205	2206	2207	2208	2209	2210	2211	2212	2213	2214	2215	2216	2217	2218	2219	2220	2221	2222	2223	2224	2225	2226	2227	2228	2229	2230	2231	2232	2233	2234	2235	2236	2237	2238	2239	2240	2241	2242	2243	2244	2245	2246	2247	2248	2249	2250	2251	2252	2253	2254	2255	2256	2257	2258	2259	2260	2261	2262	2263	2264	2265	2266	2267	2268	2269	2270	2271	2272	2273	2274	2275	2276	2277	2278	2279	2280	2281	2282	2283	2284	2285	2286	2287	2288	2289	2290	2291	2292	2293	2294	2295	2296	2297	2298	2299	2300	2301	2302	2303	2304	2305	2306	2307	2308	2309	2310	2311	2312	2313	2314	2315	2316	2317	2318	2319	2320	2321	2322	2323	2324	2325	2326	2327	2328	2329	2330	2331	2332	2333	2334	2335	2336	2337	2338	2339	2340	2341	2342	2343	2344	2345	2346	2347	2348	2349	2350	2351	2352	2353	2354	2355	2356	2357	2358	2359	2360	2361	2362	2363	2364	2365	2366	2367	2368	2369	2370	2371	2372	2373	2374	2375	2376	2377	2378	2379	2380	2381	2382	2383	2384	2385	2386	2387	2388	2389	2390	2391	2392	2393	2394	2395	2396	2397	2398	2399	2400	2401	2402	2403	2404
--	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Correlato Adolescente 30 (n=)
Correlato Adolescente 30 + 100 (n=)
Correlato Adolescente 100 + 48.22 (n=)

Consumo ADT Super 100

NOV 19 127
OCT 19 148
SEP 19 146

34FD 4205 8044 D03E F445 E754 AB41

Segundo o presidente, a maioria dos membros do Conselho de Segurança Nacional não se opõe à intervenção militar, mas acredita que a situação deve ser resolvida por meios diplomáticos. O presidente também afirmou que o Brasil não deve se envolver em conflitos internacionais, mas que deve se preparar para eventuais contingências.

DECEMBER 1960

JANUARY 1961

Este documento...

CONSUMIDOR	VALOR APURADO	LÍMITE MENSUAL	LÍMITE TRIMESTRAL	LÍMITE ANUAL	TIEMPO TRIMESTRAL (V)	LÍMITE DE VARIACIONES
	ADICION					ANUAL
END	2,90	5,71	10,80	21,26	220	202
FIN	2,00	3,23	6,67	12,86		
DEBE	2,79	2,00	0,00	0,00		

LÍMITE DIARIO: 12,21
 BLVD - Valor Se Encuentra En Uno de Múltiples de Cuentas de Crédito - Pte 35,82

COMPREV
22 JAN 2020
PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRO

800-800-0012
www.cable.com.br

CENTRO TORITAMA
TORITAMA, PE
55125-000

7023145080 09/2019
21710/2019

18/09/2018 20:40:00 888275

TOTAL DA FATURA

DATA	DEBITO	CREDITO	DEBITO	CREDITO	TRANSCRICAO	DEBITO	CREDITO
SET 19 181					Transf. de Cto.		2,91%
AGO 19 214					Out. de Cto. (C/DO)		21,94%
ALV 19 180					Parcela de Empr.		8,91%
JAN 19 149					Empr. de Cto. (C/DO)		2,91%
MAR 19 158					Empr. de Cto. (C/DO)		2,91%
ABR 19 138					Trib. de Cto.		1,91%
MAR 19 150					Trib. de Cto.		1,91%
FEV 19 125					Trib. de Cto.		1,91%
JAN 19 103					Trib. de Cto.		1,91%
DEZ 19 120					Trib. de Cto.		1,91%
NOV 19 107					Trib. de Cto.		1,91%
OUT 19 140					Trib. de Cto.		1,91%
SET 19 136					Trib. de Cto.		1,91%

C/DO: Cto. de Cto.
 C/DO: Cto. de Cto.
 C/DO: Cto. de Cto.

34FD 4265 0044 0206 F445 8042 4046

[illegible]

DESCRITO	VALOR APROPRIO	LIMITE		
		ANUAL	TRIMESTRAL	DIÁRIO
ENC	2,80	6,31	10,50	21,26
FGC	3,00	3,73	8,67	12,95
DMC	2,79	3,00	0,00	0,00

ENCARGO TOTAL R\$ 8,59 - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Contabilização = R\$ 28,82

72 JAN 2023
PROTOCOLLO
RICERCA REGISTRO

COMPRESO
JAN 2022

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 SUSEP 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, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Elaine Kelly Pereira de Lima
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 070.783.114-85 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Claudio Vanderson de Menezes inscrito (a) no CPF sob o Nº 070.533.344-22
do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima Claudio Vanderson de Menezes
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 070.533.344-22, 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: <u>Rua Jose Celso de Barros</u>	Número: <u>203</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Tortima</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>55125-000</u>	Tel. (DDD): <u>9258-3087</u>

Local e Data: Tortima 22/11/19

Elaine Kelly Pereira de Lima
Assinatura do Declarante





HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA



PREFEITURA DE
TORITAMA
Trabalhando para todos

Toritama, 18 de Julho de 2019.

Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 126/2019

Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Para: **CLAUDIO VANDERSON DE MENEZES**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor (a) **CLAUDIO VANDERSON DE MENEZES** deu entrada nesta unidade como consta no prontuário sob o registro nº 42332-1 no dia 02/06/2019. Foi atendido e em seguida sendo liberado.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,



Mateus Tavares

Portaria 387 - SMS

Coordenador de Unidade de Saúde

Mateus Emanuel Tavares

Coordenador de Unidade de Saúde



ATCO-36775-1-69

Unidade: 2-1 - HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE FATIMA		Data e Hora da Chegada 02/06/2019 às 14:36	
Paciente: 16585-1 CLAUDIO VANDERSON DE MENEZES	Nascimento: 31/07/1986		
Sexo: Masculino RG:	Idade: 32 ano(s), 11 mês(es) e 18 dia(s)		
Município: TORITAMA	UF: PE		
Logradouro: JOSE VIEIRA DE BARROS, 103	Localidade: CENTRO		
Profissão:	Telefone: (81) 92499649 / ()		
CNS Pac.:	Celular: ()		
Nome Mãe: ANTONIA LUCIA SILVA DE MENEZES			
Ass. Paciente ou Resp:			
Nome Responsável, Quando menor:	Polegar		
Grau Parentesco:	Nº Registro: 42332-1		

DADOS DA TRIAGEM			
Data	Hora	Profissional	Descrição
02/06/2019	14:40	AGENDA INTEGRADA	130 / 80; Observação: Dor em Ombro E após queda de moto.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - OBSERVAÇÃO			
Data	Hora	Rotina	Profissional
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA			
CID / CIAP 2	Código	Hipótese	Profissional
CID	R520	DOR AGUDA	214-1-JOSE BARBOSA DA SILVA JUNIOR - CRM-PE 23277
PCT	VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA 30 MIN COM DOR EM OMBRO E. CD RX DE OMBRO E.		210-1-RAYANA CRUZ CORREIA DE LIMA - CRM - 25878
CID	Z000	EXAME MÉDICO GERAL	
QUEDA DE MOTO			
DOR EM OMBRO DIREITO			
RX LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR / LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO IMPORTANTE AO ORTOPEDISTA			
BEG. ORIENTADO			
HRA: 5697353			

PROCEDIMENTOS			
Código	Procedimento	Profissional	Data
030105006	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	21-1 - IREMAR FERREIRA DE SOUZA	02/06/2019
030110001	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA POR PACIENTE	21-1 - IREMAR FERREIRA DE SOUZA	02/06/2019
030110001	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA POR PACIENTE		

MEDICAMENTOS		
Código	Medicamento	Concentração - Posologia

EXAMES	
Código	Exame

PRESCRIÇÕES / ORIENTAÇÕES		
Data	Hora	Medicações/Orientações - Execução
02/06/2019	15:15	DICLOFENACO SÓDICO 75 MG/3 ML INJ. 1 AMPOLA, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRA-MUSCULAR (Uso Externo)
02/06/2019	15:15	DEXAMETASONA 4MG/ML INJ. 1 AMPOLA, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRA-MUSCULAR (Uso Externo)

Responsável/Prescrição
JOSE BARBOSA DA SILVA JUNIOR - CRM-PE 23277
JOSE BARBOSA DA SILVA JUNIOR - CRM-PE 23277

Profissional Responsável

Categoria/Marca/Modelo: CICLOMOTOR/SHINERAY/NAO INFORMADO Objeto apreendido: NAO

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): MARCOS ROBERTO DA SILVA, que estava em posse do(a)

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

Endereço Residencial: RUA ERONILDES M. DOS SANTOS, 34, QUADRA 8 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - PETROLANDIA/PERNAMBUCO/BRASIL

- 87996191287

MACIELDE MARIA DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LINDAURA MARIA DE SOUZA Data de Nascimento: 23/6/1976 Naturalidade: PETROLANDIA/PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5918200/SSP/PE (RG) 02586174461 (CPF) Profissão: SEM N DE LIMPEZA Telefones Celulares

Endereço Residencial: RUA ERONILDES M. DOS SANTOS, 34, QUADRA 8 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - PETROLANDIA/PERNAMBUCO/BRASIL

- 87999131234

MACOS ROBERTO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSE DA SILVA Data de Nascimento: 21/7/1978 Naturalidade: SAO PAULO / BRASIL Documentos: 32026838X/SSP/SP (RG) 02888897466 (CPF) Profissão: AUTONOMO(A) Telefones Celulares

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

À FISIOTERAPIA MOTORA

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

VEICULO: (usado na geração de energia elétrica) - Marca/Modelo: NAO INFORMADO / PETROLANDIA/PERNAMBUCO/BRASIL

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

DIAGNÓSTICO: *fratura de clavícula*
NÃO SE APLICA (AUTOR AGENTE)
MACIELDE MARIA DE SOUZA (TESTEMUNHA)
MACOS ROBERTO DA SILVA (VITIMA)

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA AUSPÍCIO VALGUEIRO BARROS, 13, QUADRA 13 - Bairro: CENTRO - PETROLANDIA/PERNAMBUCO/BRASIL - Poste de Referência: PADARIA DOCE PAES Local do Fato: VIA PUBLICA

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NAO ESTÁ PRESENTE AO PLANTÃO (Consumado) que aconteceu no dia 4/10/2019 às 07:00

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 04/12/2019 às 15:18

Bezerras,

BOLETIM DE OCORRENCIA Nº: 19E0276001433

DINTER/22º DESEC

DELEGACIA DE POLICIA DA 186ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLANDIA - DP186-CIRC

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO



HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

tec de enfermagem e Josefa Almeida
Condutor e Nelson

FICHA DE ENCAMINHAMENTO



PREFEITURA DE
TORITAMA
Trabalhando para todos

2º VIA - AO PACIENTE

Por não constituir caso para tratamento nesta unidade, estamos encaminhando o paciente:

NOME DO PACIENTE: Claudio Vandersan de Barros

IDADE: _____ RESIDENTE: _____

PARA O HOSPITAL: HSA - Arap. SENHA: 5697 353

ESCLARECE SE O MESMO E PORTADO DE:

gratidão de 1.06

de em obra (E)

*Rx 1/ curaf de 2000
chavista passivamente
+ put com limitaf importante
de movimento*

*Solicito
exame de
ortopedico*

[Signature]

R. J. J. J. J. J.
Médico
CRM 2273

02-06-19

DE ACORDO COM O MÉDICO

DATA / /

TORITAMA

ASSINATURA DO MÉDICO: _____

OBS: - Em caso de paciente menor de idade, anotar a filiação

NOME DO PAI: _____

NOME DA MÃE: _____



NOME: CLAUDIO VANDERSON DE MENESES

REGISTRO: 125704

DATA DA CIRURGIA: 13/06/2019

ALTA: 14/06

(Reop no dia 20/06)

RTA: 23/06

DIAGNÓSTICO: LAC

TRATAMENTO: FIO K

DATA RETORNO:

1 REVISÃO: 11/07 ÀS 7HS

2 REVISÃO

3 REVISÃO

4 REVISÃO

Obs:

Dr. Felipe Quedes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 1451
-RM-PB 21025





NOME: CLAUDIO VANDERSON DE MENESES

REGISTRO: 125704

DATA DA CIRURGIA: 13/06/2019

ALTA: 14/06

(Reaf no dia 20/06)

MTA: 23/06

DIAGNÓSTICO: LAC

TRATAMENTO: FIO K

DATA RETORNO:

1 REVISÃO: 11/07 ÀS 7HS

2 REVISÃO

3 REVISÃO

4 REVISÃO

Obs:

Dr. Felipe Guedes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 1451
RMA-PE 21025



NOME: CLAUDIO VANDERSON DE MENESES

REGISTRO: 125704

DATA DA CIRURGIA: 13/06/2019

ALTA: 14/06

(Reop no clia 20/06)

MTA: 23/06

DIAGNÓSTICO: LAC

TRATAMENTO: FIO K

DATA RETORNO:

1 REVISÃO: 11/07 ÀS 7HS

2 REVISÃO: ~~08/08/19~~

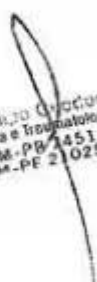
3 REVISÃO

4 REVISÃO

(Retornar no K)

08/08/19

Obs:


Dr. Felipe Gomes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 1451
RQE-PB 21025



NOME: CLAUDIO VANDERSON DE MENESES

REGISTRO: 125704

DATA DA CIRURGIA: 13/06/2019

ALTA: 14/06

(leap no dia 20/06)

ALTA: 23/06

DIAGNÓSTICO: LAC

TRATAMENTO: FIO K

DATA RETORNO:

1 REVISÃO: 11/07 ÀS 7HS

2 REVISÃO

3 REVISÃO

4 REVISÃO

Obs:

Dr. Felipe Guedes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 1451
RQ-PB 21025





NOME: Cláudio Vanderbon de Moraes

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: luxação do ombro direito CID-10: S42, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 13.06.19. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Dr. Felipe Guades
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 74518-0/2025

Bezerros, 11.07.19.

RECEITUÁRIO

NOME: CLAUDIO VARELA - 32 ANOS

TORITAMA

0 no

om 7 10

(0)

Id. 00000000000000000000
Téc. em Radiologia
C.R.T. N° 045012

0 p 7 1 5

Dr. Lazaro Luis Souza
Médico
CRM 25288
C.R.P. 25288

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
CORTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

**VALIDA EM TODAS
AS TERRITORIAIS NACIONAIS**
1224352012

IDENTIFICADO
NOME: CARLOS VANDERSON DA SILVA
DOC. GERAL: 747111-000-00
UF: RJ
CPF: 070.513.544-28
DATA DE NASCIMENTO: 21/07/1986
FILHO: ROYALDO JOSE DE
MATEUS
ANTONIA LUCIA SILVA
DA SILVA
SEXO: M
COR: P
ESTADO CIVIL: C
PROFISSÃO:
Nº DE IDENTIFICAÇÃO: 06357549131
DATA DE EMISSÃO: 05/01/2020
VALIDADE: 04/08/2025

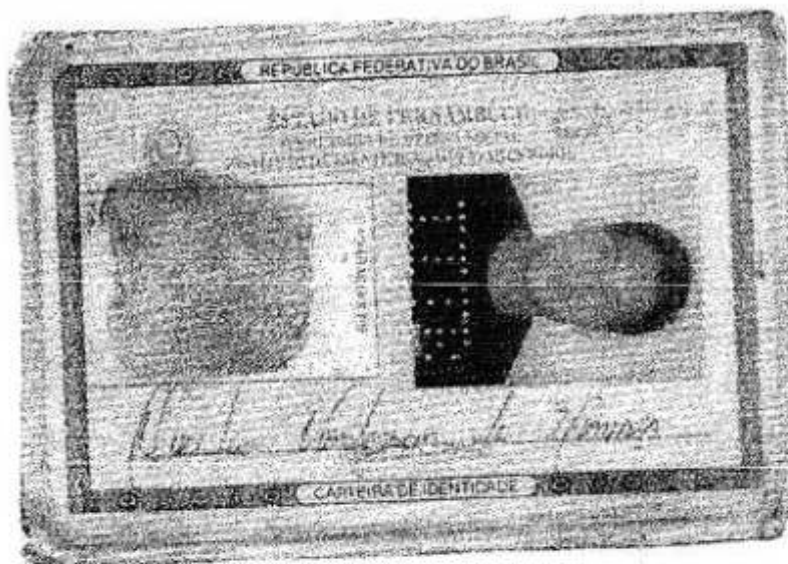
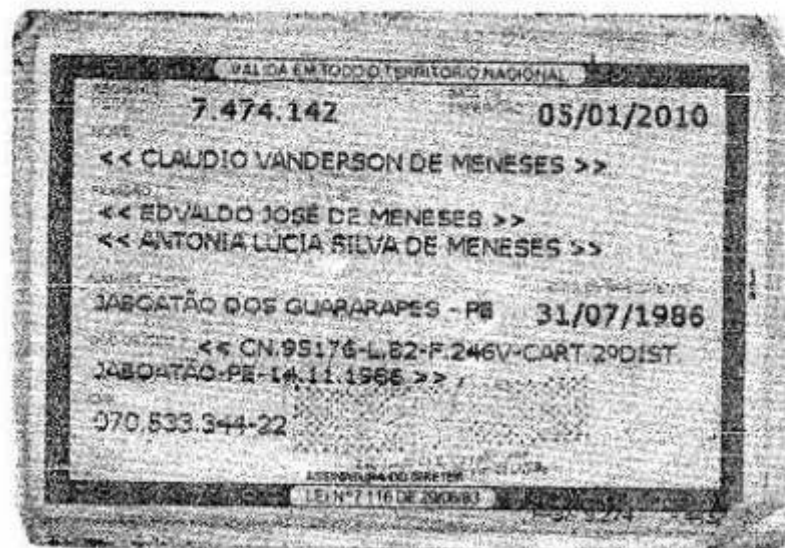
PROBANDO PLASTICA
1224352012

IDENTIFICADO
NOME: CARLOS VANDERSON DA SILVA
DOC. GERAL: 747111-000-00
UF: RJ
CPF: 070.513.544-28
DATA DE NASCIMENTO: 21/07/1986
FILHO: ROYALDO JOSE DE
MATEUS
ANTONIA LUCIA SILVA
DA SILVA
SEXO: M
COR: P
ESTADO CIVIL: C
PROFISSÃO:
Nº DE IDENTIFICAÇÃO: 06357549131
DATA DE EMISSÃO: 05/01/2020
VALIDADE: 04/08/2025

DETENHA - PE (PERNAMBUCO)

[Handwritten signature]





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 015103173410
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 DDD RENAVAM 1171201548 RNTAC ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
CLAUDIO VANDERSON DE MENESES

TORITAMA-PE 0

CPF / CNPJ 070.533.344-22

PLACA PCH6455

PLACA ANT. / UF ***** / PE CHASSI 9C2JB0100JR078776

ESPECIE TIPO
PAB / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA / POP 110I

ANO FAB. 2018 ANO MOD. 2018

CAP. POT. / CIL 2P / 109CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA
IPVA 2019 QUITADO

VENO / COTAS
1ª *****

FAIXA IPVA
1

PARCELAMENTO / COTAS

2ª *****
3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11

IOF (R\$) 0.32

PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.58

DATA DE PAGAMENTO 14/10/19

OBSERVAÇÕES

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

TORITAMA

Roberto Gomes

DATA 15/10/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

DETRAN - PE

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

PE Nº 015103173410 BILHETE DE SEGURO DPVAT

CLAUDIO VANDERSON DE MENESES

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

TORITAMA-PE EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 15/10/19

VIA 1 CPF / CNPJ 070.533.344-22 PLACA PCH6455

RENAVAM 1171201548 MARCA / MODELO HONDA / POP 110I

ANO FAB. 2018 DATA 09 Nº CHASSI 9C2JB0100JR078776

PRÊMIO TARIFÁRIO

FIN (R\$) 36.05

DETRAN (R\$) 4.01

CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15

IOF (R\$) 0.32

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) 84.58

☒ COTA ÚNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 14/10/19

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200035695 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDIO VANDERSON DE MENESES **Data do acidente:** 02/06/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS DE KIRSCHNER E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 02 04 //

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200035695 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDIO VANDERSON DE MENESES **Data do acidente:** 02/06/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS DE KIRSCHNER E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 02 04 //

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Claudio Vanderson de Menezes
portador(a) do documento de identidade nº 7.474.142, expedido por SDS em
05/01/2010 inscrito no CPF sob o nº 070.533.344-92, residente na
Rua Jose Vieira de Barros, nº 103
complemento Casa, Bairro Centro, cidade
Toritama, Estado PE

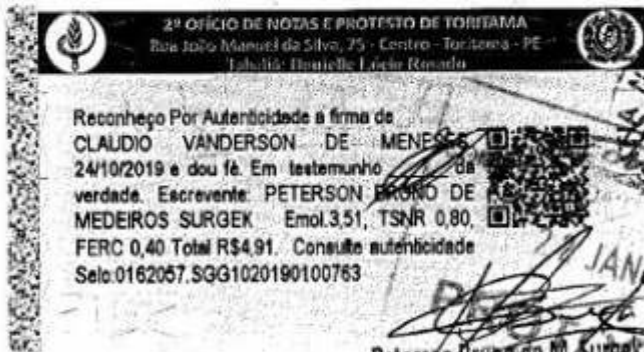
2. Outorgado Elvire Kelly Pereira de Lima
portador(a) do documento de identidade nº 7268798, expedido por SDS em
26/03/2003 inscrito no CPF sob o nº 070.783.114-85, residente na
Rua Jose Vieira de Barros, nº 103
complemento Casa, Bairro Centro, cidade
Toritama, Estado PE

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.



Outorgante

Claudio Vanderson de Menezes



Peterson Bruno de M. Surjek
Escrivente Autorizado

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030211/20

Vítima: CLAUDIO VANDERSON DE MENESES

CPF: 070.533.344-22

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/06/2019

Titular do CPF: CLAUDIO VANDERSON DE MENESES

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ELINE KELLY PEREIRA DE LIMA MENESES : 070.783.114-85

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

CLAUDIO VANDERSON DE MENESES : 070.533.344-22

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: 22/01/2020
Nome: ELINE KELLY PEREIRA DE LIMA MENESES
CPF: 070.783.114-85

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

ELINE KELLY PEREIRA DE LIMA MENESES

JONATAN BARBOSA DE BARROS