

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

Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200158335 **Vítima: ADRIANO SILVA DE SOUZA**

Data do Acidente: 26/01/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIANO SILVA DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200158335 **Vítima: ADRIANO SILVA DE SOUZA**

Data do Acidente: 26/01/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIANO SILVA DE SOUZA

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 tornozelo 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: ADRIANO SILVA DE SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004758

Conta: 000005965-4

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, retorno 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



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

Rio de Janeiro, 26 de Maio de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200158335** **Vítima: ADRIANO SILVA DE SOUZA**

Data do Acidente: 26/01/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIANO SILVA DE SOUZA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 25/05/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Carta nº 15808311

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **ADRIANO SILVA DE SOUZA**

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

5 - Nome completo: **ADRIANO SILVA DE SOUZA** 6 - CPF: **713.532.144-86**
 7 - Profissão: **RECLINER** 8 - Endereço: **AV. PADRE LUCINHA**
 12 - Bairro: **CENTRO** 13 - Cidade: **SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE** 13 - Estado: **PE**
 14 - CEP: **55192-000** 15 - Telefone: **8199.9161-3907**
 16 - E-mail:

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLINER INFORMAR R\$3.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assim que uma opção)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **4758** CONTA: **5965** 4 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tenho direito, renunciando e cônuso, desde já e永远mente, à posse a efetivação do crédito, quanto total de valor: recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 9.154/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por: Invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, comprovando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantidade das lesões permanentes ocorrentes no dia do trânsito ocorrido por: veículo automotor, conforme o disposto na Lei 9.154/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: Solteiro Casado (não Civil) Divorciado Separado/União Livre Vívo 24 - Data de óbito (se vítima): _____

25 - Grado 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: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima deixou: Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: Sim Não

Vivos: Vivos Falecidos: Falecidos Vivos: Vivos Falecidos: Falecidos

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente indenizada, o valor á que os beneficiários que se apresentarem e provarem

esta condição, estando direta, ainda, de que qualquer emissão de declaração não verdadeira poderá gerar a configuração de ressarcimento ao valor recebido, além, na responsabilidade criminal, na infração do artigo 290 do Código Penal.

34

35 - Nome legível ou quem assina o pedido (a rogo): _____

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

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo): _____

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 07/04/2020**

XADRIANO SILVA DE SOUZA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS/201 V002/2019

TESTEMUNHAS



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

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128^ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - DP128CIRC
DINTER1/17^ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0218000949**

Ocorrência registrada neste unidade policial no dia **17/03/2020** às **16:11**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 26/1/2020 às 20:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, PRÓXIMO A PONTE QUE ESTA INTERDITADA, CENTRO - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CARRAPETA (AUTOR / AGENTE) ;
JOSEFA VILMA DA SILVA (OUTRO) ;
ADRIANO SILVA DE SOUZA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na ocorrência) , que estava e/ou posse do(s) Sr(a): CARRAPETA

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

ADRIANO SILVA DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nasc. m/l: 0/6/1989 Naturalidade: SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10365570/SDS/PE (RG): 71353214486 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º GRAU INCOMPLETO Profissão: PEDREIRO(A) Telefones Celulares: - 991671237

Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA PADRE ZUZINHA, 27, CENTRO - CEP: 55000-000 -

Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL

Endereço Comercial: MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, VIA PÚBLICA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL

CARRAPETA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Motivo da Viagem: DESCONHECIDO
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL
Endereço Comercial: MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSEFA VILMA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Motivo da Viagem: DESCONHECIDO
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL
Endereço Comercial: MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL

Qualificação da(s) objeto(s) envolvido(s):

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(a): **JOSEFA VILMA DA SILVA**, que usava em posse do(a) Sr(a): **CARRAPETA**
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN ESD/ Objeto especial: Não
Cor: **VERMELHA** - Qt. em dade: 1 (UNIDADE)

Placa: **QFS6826** (PARAIBA/BARRA DE SANTANA) Renavam: **110582654** Chassi: **9G2KC22U0HR014066**

Ano Fabricação/Modelo: 2016/2017 Combustível: **GASOLINA**

Comentário / Observação:

A VÍTIMA AFIRMA QUE NO DIA 26 DE JANEIRO DE 2020, POR VOLTA DAS 20:00 HORAS, SE DIRIGIA PARA A SUA RESIDÊNCIA COMO PASSAGEIRO NA MOTOCICLETA ACIMA DESCrita, PILOTA DA PELA SEU CONHECIDO "CARRAPETA", QUANDO SE DESEQUILIBRARAM E CAIRAM DA MOTO, MOMENTO EM QUE ELE VÍTIMA SENTIU UMA DOR MUITO GRANDE NO SEU PÉ DIREITO, MESMO ASSIM, FUE FCI SOCORRIDO PARA A SUA RESIDÊNCIA POR POPULARES E QUE SOMENTE NO DIA 27 DE JANEIRO DE 2020, POR VOLTA DAS 15:40 HORAS DEU ENTRADA NA UPA DESTA CIDADE, ONDE FICOU CONSTATADO QUE TINHA FRATURADO O PÉ DIREITO NO ACIDENTE. DIANTE DOS FATOS EXPOSTOS, SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS.

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

Adriano Silva de Souza

ADRIANO SILVA DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: ALMIR PEREIRA BARBOSA - Matrícula: 3848779



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **ADRIANO SILVA DE SOUZA**

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

5 - Nome completo: **ADRIANO SILVA DE SOUZA** 6 - CPF: **713.532.144-86**
 7 - Profissão: **RECLINER** 8 - Endereço: **AV. PADRE LUCINHA**
 12 - Bairro: **CENTRO** 13 - Cidade: **SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE** 13 - Estado: **PE**
 14 - CEP: **55192-000** 15 - Telefone: **8199.9161-3907**
 16 - E-mail:

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLINER INFORMAR R\$3.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assim que uma opção)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **4758** CONTA: **5965 4** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tenho direito, renunciando e cônuso, desde já e永远mente, à posse a efetivação do crédito, quanto total de valor: recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 9.154/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por: Invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, comprovando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantidade das lesões permanentes ocorrentes no dia do trânsito causado por: veículo automotor, conforme o disposto na Lei 9.154/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: Solteiro Casado (não Civil) Divorciado Separado/União Livre Vívo 24 - Data de óbito (se vítima): _____

25 - Grado 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: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima deixou: Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: Sim Não

Vivos: Vivos Falecidos: Falecidos Vivos: Vivos Falecidos: Falecidos

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente indenizada, o valor das seguintes beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, estando clara, ainda, de que qualquer emissão de declaração não verdadeira poderá gerar a configuração de ressarcimento ao valor recebido, além, na responsabilidade criminal, na infração do artigo 290 do Código Penal.

34 - 35 - Nome legível ou quem assina o pedido (a rogo): 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo): 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 07/04/2020**

XADRIANO SILVA DE SOUZA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS/201 V002/2019

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CABIBARIBE-PE
CNPJ: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764460 FONE: (81)99982-5994 CEP: 56190-000

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número da Atendimento: 0310704 27/01/2020 15:41:32 Código: 0312652
Paciente: ADRIANO SILVA DE SOUZA SUS: 160255907620003
Sexo: MASC D. Nasc.: 08/06/1989 Idade: 31 ANOS
RG:
Profissão:
Filiação: Mãe: GENIL DA MARIA DA SILVA
Pai: SEVERINO BARBOSA DE SOUZA
Endereço: NAO SABE Cidade: SANTA CRUZ DO CABIBARIBE
Bairro: NAO SABE Fone:
Estado: PERNAMBUCO CEP:
Pressão Arterial: 130 / 80 Pulso: 110
Temperatura: Peso:

Histórico da Doença atual:

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

Conduta:

CÓPIA AUTORIZADA

Liberação do Paciente: Data: / / Hora:

Carimbo e Assinatura do Médico:

16:38

SENHA 5869904
Regional

Carimbo e Assinatura do Atendente:

Dr. Cesar Góes
Medicina
17/01/2020

FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação (ENFERMEIRO) Número: 151 40

Doenças preexistentes: Não

Alergias: Não

Uso de medicamentos: Não

CLASSIFICAR COMO VERNELHA

Apnéia(); Cianose(); Estridor(); PC<50>140(); FR>32vom(); Extremidades frias(); Pulo Fraco();
Pulo Ausente(); Sudorese(); PAS<80mmhg(); PAD>130mmhg(); Letargia(); Convulsionando();
Irresponsivo ou só responde a dor(); Intoxicação exógena(); Sangramento intestinal(); Lesão grave();
Queimaduras>25% da SC ou acometimento de vias aéreas(); Hipoglicemia com sudorese intensa();
OBS:

CLASSIFICAR COMO AMARELA

Potraumatizado com Glasgow entre 13 a 16(); FC <50 ou >140(); PAS <90 ou >180mmhg();
PAD>130(); Febre >38°C(); Febre com imunodepressão(); Convulsão nas últimas 24horas();
Mucosas ressecadas();
Queimaduras entre 1º e 30 graus em áreas não críticas(); Abuso Sexual(); Dor abdominal ou torácica intensa();
História até 72h de: Hematemese(); Enterorregurgita(); Epistaxe(); Acidente perfuro/cortante c/material biológico();
OBS:

CLASSIFICAR COMO VERDE

Idoso com queixas(); TCE sem perda da consciência(); Febre sem outros sinais clínicos();
Dor abdominal intensa(); Refoto com >24h(); Entorse, suspeita de fraturas, queixas(); Dor abdominal
sem alterações de SSW(10); PAS entre 160 e 100 mmhg sem sintomas(); PAD entre 110 e 130mmhg
sem sintomas(); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia();
OBS:

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas(); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal();
Coriza crônica ou recorrente(); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h(); Curativos ou retirada
de pontos(); Vômitos ou diarreia sem desidratação(); Constipação intestinal sem outros sintomas();
Administração de medicamentos(); Solicitação de exames, exames ou consultas não urgentes();
OBS:

CLASSIFICAÇÃO: VERNELHA() AMARELA() VERDE() AZUL()

ENCARREGADO: ASSISTENTE SOCIAL() MÉDICO()

Situa Teseira - de Lima
Enfermeira
COREN - RA 784

ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO

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: 13/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO SILVA DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04758

CONTA: 00000005965-4

Nr. da Autenticação C9EB643276E154EC

[Pediço de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1430060421]

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO:
 AV. JOSÉ DE BARROS, 131, LOCAÇÃO
 RECIFE, PERNAMBUCO
 CEP: 50050-902
 CNPJ: 29.923.332/0001-19
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 00055942-82



Tarifa Social de Energia Elétrica - Art 10.428, de 28/04/02
 COMERCIAL 198 (PROMOÇÃO 50)
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281.0142
 Ouvidoria 0800 222.5999
 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
 do Estado de Pernambuco - ARPE: 0800 727.3157-
 Ligação gratuita de Telefones Fixos
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 161-
 Ligação gratuita de telefones fixos e tarifada
 na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES	DATA DE VENCIMENTO 14/04/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 06/04/2020	CONTA CONTRATO 7008475460
ENDEREÇO RUA ROSEMIRO ALVES ROCHA, 3 -CENTRO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -55192-305 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 29,31	DATA DA APRESENTAÇÃO 06/04/2020	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico BJ
PERÍODO CONSUMO 05/03/2020 a 06/04/2020	CONSUMO 36		
ICMS BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valer do imposto R\$ 7,17			

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO
Destaque aqui	

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
7008475460	04/2020	R\$ 29,31	14/04/2020	<p>Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.</p>

838300000004 293100110072 00847546D109 144919190039



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu ADRIANA M. M. DE A. FERNANDES, inscrito (a) no CPF 945.234.444-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ADRIANO SILVA DE SOUZA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 713.532.144-86, do sinistro de DPVAT cobertura INVAÍDEZ, da Vítima ADRIANO SILVA DE SOUZA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 713.532.144-86, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço	RUA ROSEMIRIO ALVES DA ROCHA	Número	03	Complemento	CASA
Bairro	CENTRO	Cidade	SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	Estado	PE
Fone		Telefone comum (DDD)	(81)9.9164-3907	Telefone celular (DDD)	55192-305

STA CRUZ, 27 de ABRIL de 2020.
Local e Data

Adriana M. M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CABIBARIBE-PE
CNPJ: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764460 FONE: (81)99982-5994 CEP: 56190-000

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número da Atendimento: 0310704 27/01/2020 15:41:32 Código: 0312652
Paciente: ADRIANO SILVA DE SOUZA SUS: 160255907620003
Sexo: MASC D. Nasc.: 08/06/1989 Idade: 31 ANOS
RG:
Profissão:
Filiacão: Mãe: GENIL DA MARIA DA SILVA
Pai: SEVERINO BARBOSA DE SOUZA
Endereço: NAO SABE Cidade: SANTA CRUZ DO CABIBARIBE
Bairro: NAO SABE Fone:
Estado: PERNAMBUCO CEP:
Pressão Arterial: 130 / 80 Pulso: 119
Temperatura: Peso:

Histórico da Doença atual:

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

Conduta:

CÓPIA AUTORIZADA

Liberacão do Paciente: Data: / / Hora:

Carimbo e Assinatura do Médico:

16:38

SENHA 5869904
Regional

Carimbo e Assinatura do Atendente:

Dr. Cesar Góes
Medicina
11/01/2020

FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação (ENFERMEIRO) Número: 151 40

Doenças preexistentes: Não

Alergias: Não

Uso de medicamentos: Não

CLASSIFICAR COMO VERNELHA

Apnéia(); Cianose(); Estridor(); PC<50>140(); FR>32vom(); Extremidades frias(); Pulo Fraco();
Pulo Ausente(); Sudorese(); PAS<80mmhg(); PAD>130mmhg(); Letargia(); Convulsionando();
Irresponsivo ou só responde a dor(); Intoxicação exógena(); Sangramento intestinal(); Lesão grave();
Queimaduras>25% da SC ou acometimento de vias aéreas(); Hipoglicemia com sudorese intensa();
OBS:

CLASSIFICAR COMO AMARELA

Potraumatizado com Glasgow entre 13 a 16(); FC <50 ou >140(); PAS <90 ou >180mmhg();
PAD>130(); Febre >38°C(); Febre com imunodepressão(); Convulsão nas últimas 24horas();
Mucosas ressecadas();
Queimaduras entre 1º e 30 graus em áreas não críticas(); Abuso Sexual(); Dor abdominal ou torácica intensa();
História até 72h de: Hematemese(); Enterorregurgita(); Epistaxe(); Acidente perfuro/cortante c/material biológico();
OBS:

CLASSIFICAR COMO VERDE

Idoso com queixas(); TCE sem perda da consciência(); Febre sem outros sinais clínicos();
Dor abdominal intensa(); Refoto com >24h(); Entorse, suspeita de fraturas, queixas(); Dor abdominal
sem alterações de SSW(10); PAS entre 160 e 100 mmhg sem sintomas(); PAD entre 110 e 130mmhg
sem sintomas(); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia();
OBS:

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas(); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal();
Coriza crônica ou recorrente(); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h(); Curativos ou retirada
de pontos(); Vômitos ou diarreia sem desidratação(); Constipação intestinal sem outros sintomas();
Administração de medicamentos(); Solicitação de exames, exames ou consultas não urgentes();
OBS:

CLASSIFICAÇÃO: VERNELHA() AMARELA() VERDE() AZUL()

ENCARREGADO: ASSISTENTE SOCIAL() MÉDICO()

Situa Teseira - de Lima
Enfermeira
COREN - RA 784

ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) ADRIANO SILVA DE SOUZA nascido em 08/06/1989 esteve nesta unidade hospitalar no dia 27/01/2020 por volta das 15h45min. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Cabibaribe, 13 de MARÇO de 2020.

ATENCIOSAMENTE

JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.514591



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: Adriano Salles da Costa - Dr. Adriano

Endereço:

R. 1º Agosto, 1000 - Centro - 56360-000

Residencial 1000 - Centro - 56360-000

Nome: Adriano Salles da Costa - Dr. Adriano

CPF: 010.000.000-00 RG: 000.000-00
Data: 01/01/2020

Nome: Adriano Salles da Costa - Dr. Adriano
Endereço:

R. 1º Agosto, 1000 - Centro - 56360-000

Nome: Adriano

CPF: 010.000.000-00 RG: 000.000-00

Nome: Adriano Salles da Costa - Dr. Adriano

CPF: 010.000.000-00 RG: 000.000-00

Data: 24/01/2020

Nome: Adriano Salles da Costa - Dr. Adriano
Endereço:

Data: 24/01/2020

DATA AUTORIZADA:

NOME: Adriano Silva da Silva

REGISTRO: 129904

DATA DA CIRURGIA: 30/01/2020

ALTA: 03/02/2020

DIAGNÓSTICO: Tumor do bônus (MM)

TRATAMENTO: HAP

DATA RETORNO:

1 REVISÃO: 29/02/2020 AS 7HS

2 REVISÃO

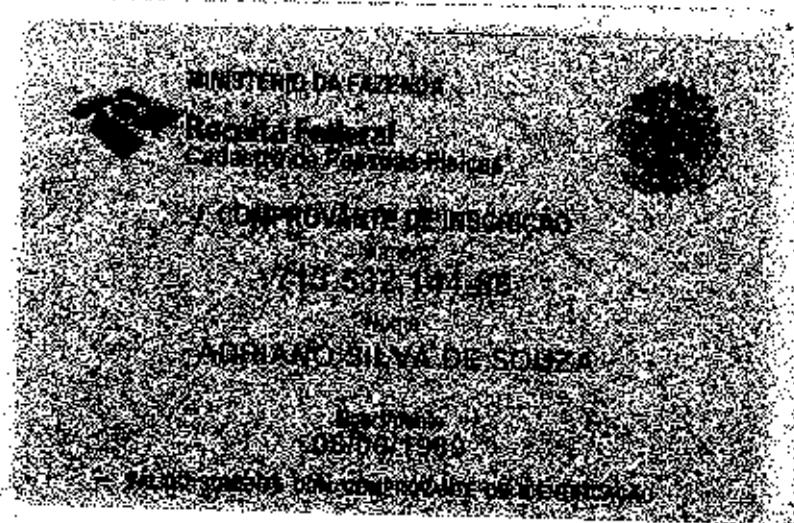
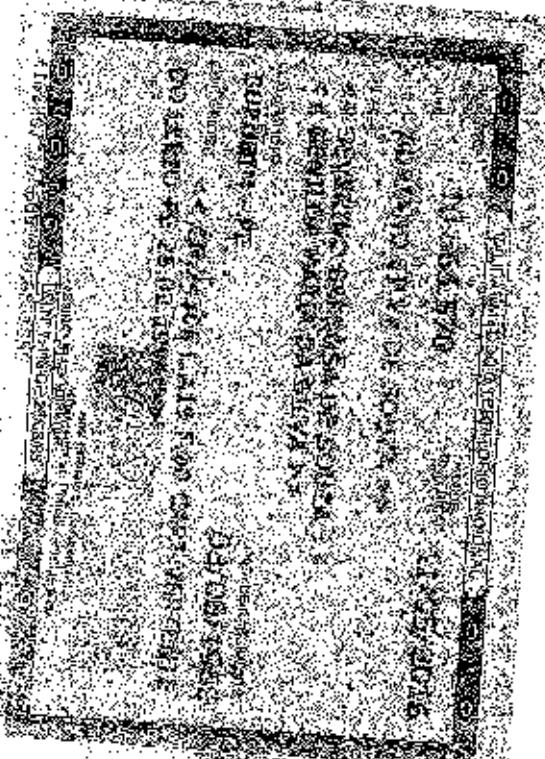
3 REVISÃO

4 REVISÃO

Obs:









SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DETECIAÇÃO DE PÓLICIA DE ROUBOS E FURTOS DE VEÍCULOS

Data : 17/03/2020

PAGE : 1

Relatório de Veículo

PLACA : QFS6826

UF : PB

RENAVAM : 1105828546

CHASSI : 9C2KC2200HR014066

Características Básicas :

TIPO : MOTOCICLETA

MARCA/MODELO : HONDA/CG 160 FAN ESDI

ESPECIF :

COR : VERMELHA

ANO FAB./MODELO : 2016/2017

COMBUSTÍVEL : ALCO/GASOL

Dados do Proprietário :

CPF/CGC : 49737511468

PROPRIETÁRIO : JOSEFA VILMA DA SILVA

Endereço do Proprietário :

LOGRADOURO : RUA JOAO ENEAS BARRETO SN

MUNICÍPIO : BARRA DE SANTANA

COMPLEMENTO :

CEP : 58458000

BAIRRO :

UF : PB

Debitos :

Label_Ipva

Label_Valor_Ipva

Label_Licenciamento

Label_Valor_Licenciamento

Label_Multa

Label_Valor_Multas

Restrições Gerais :

Restricoes

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123251/20

Vítima: ADRIANO SILVA DE SOUZA

CPF: 713.532.144-86

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/01/2020

Titular do CPF: ADRIANO SILVA DE SOUZA

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

ADRIANO SILVA DE SOUZA : 713.532.144-86

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 27/04/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 27/04/2020

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

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

Número do pedido DPVAT: 3200158335 Data da solicitação: 20/05/2020
Nome do beneficiário: Adriano Silva de Souza CPF do beneficiário: 743.532.144-86
Nome do solicitante: _____ CPF do solicitante: 86

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 9.9161-3907 Tel. Comercial: (_____) 000 Tel. Residencial: (_____) 000

E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA DISCORDO DO VALOR RECEBIDO DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

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

NÃO

SIM, Informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IMI
- Boletim de Ocorrência
- Notas Fiscais complementares
- Outros: Doc. Imagem (DESCRIVER)

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

Santa Izzy, 20 de Maio de 2020.

Local e Data

Adriano Silva de Souza

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

IMPORTANTE:

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

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escrever pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior de idade, para preencher e assinar o formulário, e seu pedido (a seu rogo).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200158335 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO SILVA DE SOUZA **Data do acidente:** 26/01/2020 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: EVOLUÇÃO MÉDICA NA PÁGINA 4

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 tornozelo	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: 3200158335 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO SILVA DE SOUZA **Data do acidente:** 26/01/2020 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/05/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: EVOLUÇÃO MÉDICA PÁGINA 1/2

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: ADRIANO SILVA DE SOUZA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 10365570-SDS/PE CPF: 713.532.144-86
DATA DO ACIDENTE: 27/01/2020
COBERTURA: INVALIDEZ
ENDEREÇO: AV. PADRE ZUZINHA, 27, CENTRO, SANTA CRUZ
DO CAPIBARIBE – PE

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE
FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
ENDEREÇO: RUA ROSEMIRO ALVES DA ROCHA, Nº 03,
CENTRO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE – PE

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO,
NOMEIO E CONSTITUIO MEU BASTANTE PROCURADOR E
OUTORGADO ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO OS PODERES
ÁRA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE
CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SURUBIM (PE), 19 DE MARÇO DE 2020.

Adriano Silva de Souza

Assinatura do outorgante

Reconhecer firma por autenticidade

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE SÃO DOMINGOS

Titular: JOSE QUINTINO DE LIMA - Substituto: JOSE QUINTINO DE LIMA FILHO / DEVERTON FLUXO DA SILVA

Rua Luiz Gólio de Souza, 317 - Vila de São Domingos - Brejo da Madre de Deus/PE - Fone: (83) 3751-2559

RECONHEÇO, por autenticidade a(s) firma(s) de:

ADRIANO SILVA DE SOUZA

selo: 0076026.ZFJ0320/2002.00081
data: 01/04/2020 10:41:50 PM
deu fé: SAO DOMINGOS 01/04/2020 10:41:50 PM
autenticado por: Jose Quintino de Lima Filho

Assinatura: Jose Quintino de Lima Filho
Data: 01/04/2020
Local: Brejo da Madre de Deus/PE
Fone: 83 3751-2559
Valor: R\$0,32 ITR: R\$0,32 Fazenda: R\$0,04 Fazenda: R\$0,08 Total: R\$0,50 Oper. QUINTINO
Cópia: Autenticada em: www.tabelionadodigital.com

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123251/20

Vítima: ADRIANO SILVA DE SOUZA

CPF: 713.532.144-86

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/01/2020

Titular do CPF: ADRIANO SILVA DE SOUZA

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

ADRIANO SILVA DE SOUZA : 713.532.144-86

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 27/04/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 27/04/2020

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123251/20

Número do Sinistro: 3200158335

Vítima: ADRIANO SILVA DE SOUZA

CPF: 713.532.144-86

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/01/2020

Titular do CPF: ADRIANO SILVA DE SOUZA

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 20/05/2020

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

Data do cadastramento: 20/05/2020

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA