
Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200174225

Vítima: GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO

Data do Acidente: 08/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO

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, 13 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200174225 Vítima: GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO

Data do Acidente: 08/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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, 31 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200174225

Vítima: GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO

Data do Acidente: 08/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **237**

Agência: **000003202-6**

Conta: **0000020094-8**

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



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 063.535.014-98 4 - Nome completo da vítima: Gilmar Fernando Ayres Nozodo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo: Gilmar Fernando Ayres Nozodo 6 - CPF: 063.535.014-98
7 - Profissão: Rens 8 - Endereço: Rua Antônio Apolinário 9 - Número: 89 10 - Complemento:
11 - Bairro: Barro 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50.900-320
15 - E-mail: (85) 99+140111

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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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 abertos. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0046 CONTA: 34654 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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife, 12 de maio 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO PAULO
PAULO - DP12ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0102000332

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 25/01/2019 às 15:13

Complementa o BO Número: 19E0102000307

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 8/12/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE BARRO (BAIRRO), 1, AV: DRº JOSE RUFINO - Bairro: BARRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARIA DAS NEVES GADELHA DE AZEVEDO (OUTRO)
GILMAR FERNANDO AIRES DE MACEDO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEÍCULO: (Produto de crime contra o patrimônio), que estava em posse do(a) Sr(a): GILMAR FERNANDO AIRES DE MACEDO

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

GILMAR FERNANDO AIRES DE MACEDO (presente no plantão) - Sexo: Masculino, Mãe: MARIA LUCIMAR AIRES DA SILVA Pai: GILBERTO Data de Nascimento: 14/8/1989 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6188888/8DS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: MECÂNICO
Telefones Celulares: - 988881688

Endereço Residencial: BAIRRO DE BARRO (BAIRRO), 1, RUA: ANTONIO APOLINARIO - CEP: 88888-888 - Bairro: BARRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MARIA DAS NEVES GADELHA DE AZEVEDO (não presente no plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

Placa: **POP2662** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **886786276**
Descrição: **MOTOCICLETA**

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): **DESCONHECIDO**, que estava em
posse do(s) Sr(s): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/VW/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **VEICULO**

III
Complemento / Observação

.....
INFORMA A VITIMA QUE O MOTOCICLETA ACIMA CITADA E DE PROPRIEDADE DE MARIA DAS NEVES GADELHA DE AZEVEDO E DE POSSE DE GILMAR FERNANDO AIRES DE MACEDO; QUE NA DATA E HORA CITADA ABAIXO FOI ATROPELADO PELO GOL VERMELHO QUE APÓS ACONTECER O ACIDENTE O ELEMENTO FUGIU SEM PRESTAR SOCORRO, DEIXANDO A VITIMA NO CHÃO. QUE CONFORME A EMERGENCIA DO HOSPITAL DO ESPINHEIRO A VITIMA TEVE VARIAS LESSÕES NO DEDO ESQUERDO E JOELHO E TORNOSSELO. INFORMA AINDA QUE A PROPRIA SE SOCORREU PARA O HOSPITAL. PELO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIAS POLICIAS.

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

III
GILMAR FERNANDO AIRES DE MACEDO
(VITIMA)

B.O. registrado por: ANTONIO CARLOS CORREIA DE LIMA - Matrícula: 126767-8

III
Antonio Carlos C. de Lima
Comissário de Polícia
Mat. 126.767-8
Carilão





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO PAULO
PAULO - DP12ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0102000332

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 25/01/2019 às 15:13

Complementa o BO Número: 19E0102000307

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 8/12/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE BARRO (BAIRRO), 1, AV: DRº JOSE RUFINO - Bairro: BARRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARIA DAS NEVES GADELHA DE AZEVEDO (OUTRO)
GILMAR FERNANDO AIRES DE MACEDO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEÍCULO: (Produto de crime contra o patrimônio), que estava em posse do(a) Sr(a): GILMAR FERNANDO AIRES DE MACEDO

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

GILMAR FERNANDO AIRES DE MACEDO (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUCIMAR AIRES DA SILVA Pai: GILBERTO Data de Nascimento: 14/8/1989 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6188888/8DS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: MECÂNICO
Telefones Celulares: - 988881688

Endereço Residencial: BAIRRO DE BARRO (BAIRRO), 1, RUA: ANTONIO APOLINARIO - CEP: 88888-888 - Bairro: BARRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MARIA DAS NEVES GADELHA DE AZEVEDO (não presente no plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

Placa: **POP2662** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **886786276**
Descrição: **MOTOCICLETA**

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): **DESCONHECIDO**, que estava em
posse do(s) Sr(s): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/VW/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **VEICULO**

III
Complemento / Observação

.....
INFORMA A VITIMA QUE O MOTOCICLETA ACIMA CITADA E DE PROPRIEDADE DE MARIA DAS NEVES GADELHA DE AZEVEDO E DE POSSE DE GILMAR FERNANDO AIRES DE MACEDO; QUE NA DATA E HORA CITADA ABAIXO FOI ATROPELADO PELO GOL VERMELHO QUE APÓS ACONTECER O ACIDENTE O ELEMENTO FUGIU SEM PRESTAR SOCORRO, DEIXANDO A VITIMA NO CHÃO. QUE CONFORME A EMERGENCIA DO HOSPITAL DO ESPINHEIRO A VITIMA TEVE VARIAS LESSÕES NO DEDO ESQUERDO E JOELHO E TORNOSSELO. INFORMA AINDA QUE A PROPRIA SE SOCORREU PARA O HOSPITAL. PELO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIAS POLICIAS.

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

III
GILMAR FERNANDO AIRES DE MACEDO
(VITIMA)

B.O. registrado por: ANTONIO CARLOS CORREIA DE LIMA - Matrícula: 126767-B

III
Antonio Carlos C. de Lima
Comissário de Polícia
Mat. 126767-B
Carilão



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 063.535.014-98 4 - Nome completo da vítima: Gilmar Fernando Ayres Nacido

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo: Gilmar Fernando Ayres Nacido 6 - CPF: 063.535.014-98
7 - Profissão: Rens 8 - Endereço: Rua Antônio Apolinário 9 - Número: 89 10 - Complemento:
11 - Bairro: Barro 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50.900-320
15 - E-mail: (85) 99+140111

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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ 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 (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0046 CONTA: 34654

☐ 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife, 12 de maio 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	28/05/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	675,00
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03202-6

CONTA: 000000020094-8

Nr. Autenticação

BRABESCO280520200500000000002370320200000002009467500 PAGO

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
AV.JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
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

MARIA LUCIA AYRES DA SILVA
CPF: 427.133.664-53

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ANTONIO APOLINARIO 89

BARRO/RECIFE
50900-320 RECIFE 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

03/06/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

36,28

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

08/05/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

08/05/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

107271086

CONTA CONTRATO

000187474035

Nº DO CLIENTE

2000102291

Nº DA INSTALAÇÃO

0002699248

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

3649.C129.9BA3.8364.1A97.142A.B481.1C1F

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	42,00	0,42595289	17,89
Consumo Ativo(kWh)-TE	42,00	0,35824411	15,04
ICMS Subvenção-CDE-NF 099538068-07/03/20			0,41
Multa por atraso-NF 099538068 - 07/03/20			1,07
Multa por atraso-NF 095600888 - 06/02/20			0,60
Juros por atraso-NF 099538068 - 07/03/20			0,19
Juros por atraso-NF 095600888 - 06/02/20			0,41
Atualização IGPM-NF 099538068 - 07/03/20			0,18
Atualização IGPM-NF 095600888 - 06/02/20			0,49
TOTAL DA FATURA			36,28

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
32,93	25,00	8,23	32,93	0,88	0,28	32,93	4,07	1,34

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUSD

0,29838000

Consumo Ativo(kWh)-TE

0,25095000

HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
MAI 20	42
ABR 20	110
MAR 20	68
FEV 20	38
JAN 20	63
DEZ 19	67
NOV 19	75
OUT 19	30
SET 19	70
AGO 19	61
JUL 19	44
JUN 19	45
MAI 19	38

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	10,45	31,74
Transmissão	1,21	3,67
Distribuição (Celpe)	7,37	22,38
Encargos Setoriais	1,73	5,25
Tributos	9,85	29,91
Perdas de Energia	2,32	7,05
TOTAL	32,93	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000000080791771	CAT	07/04/2020 13.742,00	08/05/2020 13.784,00	31	1,00000	0,00	42,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 05/06/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
mar/2020					
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	4,83	9,67	19,34
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,11	6,22	12,45
DMIC-Duração máxima de interrupção continua		0,00	2,69	0,00	0,00
Limite DICRI: 12,22					
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 12,53					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de voce! carrefour: av dr jose rufo 1385 areias / presente de deus: rua padre henrique no 16 varzeaLista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
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%a.m(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.
Coronavírus. Saiba como proteger você e sua família. Acesse saude.gov.br/coronavirus

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO

000187474035

MÊS/ANO

05/2020

TOTAL A PAGAR(R\$)

36,28

VENCIMENTO

03/06/2020

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

Paciente: GILMAR FERNANDO AYRES MACEDO Dt. Nasc.: 18/09/1985 Atendimento: 16916829 Pronto-socorro: 8317301
 Convênio: HAPV/DA Posto: POSTO EMERGENCIA - HE Leito: 300216/27
 Profissional(is): CARLOS DANIEL VERAS DESCHAMPS CRM 26419 (1) Nº: 11489345 08/12/2018 às 19:02

ANAMNESE

Queixa Principal -PCT RELATA NO JOELHO ESQ + PÉ ESQ DEVIDO ACIDENTE DE MOTO. (1)
 -AO EX: JOELHO ESQ: ADM DIMINUIDO, EDEMA+4+, SEM LESÕES DE PELE NV PRESERVADO + HALUX ESQ COM CURATIVO (AGUARDO RX PARA AVALIAR LESÃO)
 -CD:
 SOLICITO RX + REAVALIAÇÃO

Queixa Principal
 CID10 S903 CONTUSAO DE OUTR PARTES E PARTES NE DO PE (1)
 Alergias Não (1)
 Medicação Em Uso Não (1)
 Antecedentes Patológicos Familiar Não (1)

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral -PCT RELATA NO JOELHO ESQ + PÉ ESQ DEVIDO ACIDENTE DE MOTO. (1)
 -AO EX: JOELHO ESQ: ADM DIMINUIDO, EDEMA+4+, SEM LESÕES DE PELE NV PRESERVADO + HALUX ESQ COM CURATIVO (AGUARDO RX PARA AVALIAR LESÃO)
 -CD:
 SOLICITO RX + REAVALIAÇÃO
 Dispensar preenchimento de Sinais Vitais? Sim (1)

DIAGNÓSTICO

CID10 S903 CONTUSAO DE OUTR PARTES E PARTES NE DO PE (1)
 CID10 S903 CONTUSAO DE OUTR PARTES, PARTES NE DO PE (1)

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

09/12/2018 12:49

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

Paciente: GILMAR FERNANDO AYRES MACEDO
Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 16/09/1985

Atendimento: 16917289

Prontuário: 6317301

Posto: POSTO 1 IANDAR - HE

Leito: 107-P1/2

Profissional(is): MARCELO RAUL CAVALCANTI TORRES, MEDICO, CRM 29732(1)

Nº: 11495905 09/12/2018 às 13:48

DIAGNÓSTICOS

CID10

Plano Terapêutico

0524 FRA1 DO HALUX

[1]

Medicina e Cirurgia do Tornozelo e Pé

[1]

Tratamento cirúrgico - fratura exposta de hálux E em 08/12/2018
Alta hospitalar em 09/12/2018.

Orientações:

1. Manter curativo / imobilização
2. Priorizar repouso com membro elevado
3. Não pisar com área lesionada
4. Tomar medicações conforme prescrito
5. Manter reavaliação ambulatorial em 1 semana - grupo do tornozelo e pé - conforme disponibilidade na agenda

Marcelo Raul Cavalcanti Torres
CRM 29732(1)
CREMPE RJ 1507,1508

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

09/12/2018 13:48

Paciente: GILMAR FERNANDO AYRES MACEDO

Dt. Nasc.: 16/09/1985

Atendimento: 16917289

Prontuário: 8317301

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 1 1 ANDAR - HE

Leito: 107-P1/2

Profissional(is): MARCELO RAUL CAVALCANTI TORRES, MEDICO, CRM 20730 RJ

Nº: 11495905 09/12/2018 às 13:48

DIAGNÓSTICOS

CID10

S924 FRAT DO HALUX

[1]

Plano Terapêutico

#Medicina e Cirurgia do Tornozelo e Pé#

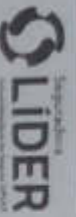
[1]

Tratamento cirúrgico - fratura exposta de hálux E em 08/12/2018.
Alta hospitalar em 09/12/2018.

Orientações

1. Manter curativo / imobilização
2. Priorizar repouso com membro elevado
3. Não pisar com área lesionada
4. Tomar medicações conforme prescrito
5. Marcar reavaliação ambulatorial em 1 semana - grupo do tornozelo e pé - conforme disponibilidade na agenda

Marcelo Raul C. Torres
CRM 20.730 RJ
CREMEPE 20.730 TE01.10.18



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima	Gilmar Fernando de Jesus Macedo		
Data do Acidente:	CPF da vítima:	066.535.014-98	
Portador da documentação:	☐ Vítima ☐ Representante legal, cujo parentesco com a vítima é:		
Endereço do portador:			
Nome:	Complemento:	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:	Telefone: 84 99 71401
E-mail:			

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples 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)
- ☒ Laudo do IML (cópia simples e legível)
- ☒ Declaração de Autópsia de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

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)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:
Identidade:
Assinatura:

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples 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 (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
- ☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

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)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÕES:

Morte = R\$ 13.500,00
Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00
Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- 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 ao lado, neste formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para 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

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data: 28 de maio 2020.
Nome: Gilmar Fa de Macedo
Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200174225 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO **Data do acidente:** 08/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA NO PÉ ESQUERDO-P.1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - ALTA MÉDICA.
P.1-3.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X - VÍTIMA COM 34 ANOS.
- SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0136096/20

Número do Sinistro: 3200174225

Vítima: GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO

CPF: 063.535.014-98

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/12/2018

Titular do CPF: GILMAR FERNANDO
AYRES DE MACEDO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO : 063.535.014-98

Autorização de pagamento

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: 15/05/2020
Nome: GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO
CPF: 063.535.014-98

GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/05/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0136096/20

Vítima: GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO

CPF: 063.535.014-98

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 08/12/2018

Titular do CPF: GILMAR FERNANDO
AYRES DE MACEDO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO : 063.535.014-98

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/05/2020
Nome: GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO
CPF: 063.535.014-98

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/05/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO

RAIANNE SILVA BARBOSA