
Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190587444

Vítima: JOSE FERREIRA DE SANTANA

Data do Acidente: 13/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FERREIRA DE SANTANA

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, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190587444

Vítima: JOSE FERREIRA DE SANTANA

Data do Acidente: 13/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE FERREIRA DE SANTANA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 08 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190587444

Vítima: JOSE FERREIRA DE SANTANA

Data do Acidente: 13/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE FERREIRA DE SANTANA

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 punhos
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: JOSE FERREIRA DE SANTANA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001060-X

Conta: 0000020641-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

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: 530.579.614-87 4 - Nome completo da vítima: JOSE FERREIRA DE SANTANA

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

5 - Nome completo: JOSE FERREIRA DE SANTANA 6 - CPF: 530.579.614-87

7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: AV. ARMANDO MARANHÃO 9 - Número: 220 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: SÍTIO DOS NUNES 12 - Cidade: FLORES 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.850-000

15 - E-mail: TOINHODERMELIA@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 87-9935-5533

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:

☒ 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 as bancas abaixo. Assinale uma opção)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: 1060 X CONTA: 20.641 5

Autorizo a Seguradora LIDER a emitir 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com o 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 CVL) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 09/10/2019

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 irmãos/bairros? ☐ 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 LIDER 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 rgo)

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: FLORES-PE 09/10/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190587444
Nome do(a) Examinado(a): Jose Ferreira de Santana
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Agamenon Magalhaes, 220
Sitio dos Nunes Flores PE CEP: 56850-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 7955828
Data local do acidente: [13/03/2018]
Data local do exame: [30/10/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

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

Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO POR PLACA E PARAFUSOS

Complicações: DIFICULDADE DE APREENSÃO

DIFICULDADE DE PRONOSUPINAÇÃO

Data da Alta: 06/08/2019

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

AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFICIT DISCRETO DE APREENSÃO E PRONO-SUPINAÇÃO, APRESENTA PERDA DA MOBILIDADE DO PUNHO ESQUERDO.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ **Sim** ☐ **Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ **Sim** ☐ **Não**

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

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

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

☐ "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ "Sem sequela permanente"

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

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

PUNHO - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☒ **50% médio** ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Obenise A. Silva
CRM: 15.122
Ortopedia-Traumatologia
Hospital São Francisco



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 179ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORES -
DP179ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0269000356

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 11/08/2018 às
13:05

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia 13/3/2018 no período da Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE FLORES, 1, RODOVIA PE 227 -
Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência:
PRÓXIMO AO ANTIGO MATADOURO DE SÍTIO DOS NUNES
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
**NÃO HOUVE (AUTOR (AGENTE))
EDNAEL MONTEIRO (OUTRO.)
JOSE FERREIRA DE SANTANA (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): JOSE FERREIRA DE SANTANA**



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

**JOSE FERREIRA DE SANTANA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
GENTRUDES FERREIRA DE SANTANA Pai: MANOEL VICENTE DE SANTANA Data de
Nascimento: 26/5/1967 Naturalidade: FLORES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
7966228/SS/PE (RG), 63967961487 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª,
GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE FLORES, 1, SÍTIO RIACHO DAS LETRAS - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NÃO HOUVE (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): EDNAEL MONTEIRO, que
estava em posse do(a) Sr(a): JOSE FERREIRA DE SANTANA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO**

Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KLD0050 (PERNAMBUCO/FLORES) Renavam: 937126854 Chassi:
8C2K082103R021572
Ano Fabricação/Modelo: 2007/2008 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELGACIA O SR. JOSÉ FERREIRA DE SANTANA,
NOTICIANDO QUE NA DATA MENCIONADA TRAFEGAVA CONDUZINDO A
MOTOCICLETA AQUI RELACIONADA PELA RODOVIA PE 127, VINDO DO SÍTIO
RIACHO DAS LETRAS COM DESTINO AO DISTRITO DE SÍTIO DOS NUNES, QUANDO
NAS PROXIMIDADES DO ANTIGO MATADOURO DAQUELE DISTRITO PERDEU O
CONTROLE DO VEÍCULO, SAIU DO ASFALTO E CAIU, COM O ACIDENTE O
CONDUTOR TEVE FRATURA NO BRAÇO ESQUERDO E OUTROS FERIMENTOS,
SENDO SOCORRIDO AO HOSPITAL DE FLORES E POSTERIORMENTE AO HOSPAM DE
SERRA TALHADA.

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

JOSÉ FERREIRA DE SANTANA
(VITIMA)

B.O. registrado por: JAIRO JOSÉ DE LIMA - MAT. 328.525-1 - Matrícula:
328525-1





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 179ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORES -
DP179ªCIRC DINTER2/21ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0269000492

**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/10/2019 às
18:32**

Complementa o BO Número: 18E0269000356

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 13/3/2018 no período da Tarde**

**Fato ocorrido no endereço: RODOVIA PE-337, BAIRRO: ZONA RURAL,
PRÓXIMO AO ANTIGO MATADOURO DE SÍTIO DOS MUNES -
FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE FLORES, 001 -
Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**NÃO HOUVE (AUTOR/AGENTE)
EDNAEL MONTEIRO (OUTRO)
JOSE FERREIRA DE SANTANA (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): JOSE FERREIRA DE SANTANA**

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

**JOSE FERREIRA DE SANTANA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
GERTRUDES FERREIRA DE SANTANA Pai: MANOEL VICENTE DE SANTANA Data de
Nascimento: 28/5/1967 Naturalidade: FLORES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
7938328/SDS/PE (RG). 53857941427 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª,
GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE FLORES, 1, SÍTIO RIACHO DAS LETRAS - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NÃO HOUVE (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**EDNAEL MONTEIRO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE FLORES, 001, DISTRITO DE FÁTIMA - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDNAEL MONTEIRO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE FERREIRA DE SANTANA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDANÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLD6856 (PERNAMBUCO/FLORES)** Renavam: **937125554** Chassi: **9C2KCG8108R021872**
 Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELGACIA O SR. JOSE FERREIRA DE SANTANA, NOTICIANDO QUE NA DATA MENCIONADA TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA AQUI RELACIONADA PELA RODOVIA PE 337, VINDO DO SÍTIO RIACHO DAS LETRAS COM DESTINO AO DISTRITO DE SÍTIO DOS MUNES, QUANDO NAS PROXIMIDADES DO ANTIGO MATADOURO DAQUELE DISTRITO PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, SAIU DO ASFALTO E CAIU. COM O ACIDENTE O CONDUTOR TEVE FRATURA NO BRAÇO ESQUERDO E OUTROS FERIMENTOS, SENDO SOCORRIDO AO HOSPITAL DE FLORES E POSTERIORMENTE AO HOSPAN DE SERRA TALHADA. === EM TEMPO, A VÍTIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA INFORMANDO QUE ESTÁ INCORRETA A TIPIFICAÇÃO DO FATO OCORRIDO COMO "ATROPELAMENTO COM VÍTIMA FATAL". CONFORME RELATADO PELA VÍTIMA QUE PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, SE FAZ NECESSÁRIA A ALTERAÇÃO PARA "ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL". BASEADO NO DOCUMENTO DO VEÍCULO, FORAM INSERIDOS OS DADOS DE ENDEREÇO DO PROPRIETÁRIO "EDNAEL MONTEIRO", SEM COMO COR DO VEÍCULO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO. ===

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

Jose Ferreira de Santana
JOSE FERREIRA DE SANTANA
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **ROGERIO RENATO DA SILVA** - Matrícula: **221552-4**

Rogério Renato da Silva
 POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DE FLORES
 179ª CIRCUNSCRIÇÃO

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: 530.579.614-87 4 - Nome completo da vítima: JOSE FERREIRA DE SANTANA

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

5 - Nome completo: JOSE FERREIRA DE SANTANA 6 - CPF: 530.579.614-87
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: AV. ARMANDO MARANHÃES 9 - Número: 220 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: SÍTIO DOS NUNES 12 - Cidade: FLORES 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.850-000
15 - E-mail: TOINHODERMELIA@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 81-9935-5533

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:

☒ 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 as bancas abaixo. Assinale uma opção)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

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

AGÊNCIA: 1060 X CONTA: 20.641 5
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a emitir 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com o 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 (ou Cui) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 09/10/2019

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 irmãos/bastardos? ☐ 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 Lider 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 rgo)

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: FLORES - PE 09/10/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 04/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FERREIRA DE SANTANA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01060-X

CONTA: 000000020641-5

Nr. da Autenticação 2897BBF639A29366



Terça-Feira, 20 de Fevereiro de 2019 10:43:18
NOTA FISCAL - PAZLIRA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP: 50.015-900
 CNPJ: 15.035.033/0001-04 (Insc. Est. 50.964340) | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

GERTRUDES FERREIRA DE SANTANA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV. AGAMENON MACALHES, 220

CNPJ: 09.012.854-91

CLASSIFICAÇÃO

SÍTIO DOS ANEIS SÍTIO DOS ALMEIDA

FLORES PE

50.000.000

DI: RESERVA
 RESERVA
 MICROPS

WFO: 00000000

WFO: 00000000

WFO: 00000000

7022488100

02/2018

22/02/2018

15/03/2018

99,72

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO UN.	VALOR UN.
Conta Recorrência	100,0000000	0,9964554	99,65
Contribuição Rateio de Povo			12,27
ICMS Substituição CDE-AR 000722945-12/12/17			0,57

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

WFO	PERÍODO	ANTERIOR	ATUAL	WFO	CONSUMO	VALOR
WFO	PERÍODO	DATA	DATA	WFO	CONSUMO	VALOR
WFO	PERÍODO	11/01/18	11/01/18	WFO	CONSUMO	VALOR

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

WFO	PERÍODO	ANTERIOR	ATUAL	WFO	CONSUMO	VALOR
WFO	PERÍODO	11/01/18	11/01/18	WFO	CONSUMO	VALOR

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

WFO	PERÍODO	ANTERIOR	ATUAL	WFO	CONSUMO	VALOR
WFO	PERÍODO	11/01/18	11/01/18	WFO	CONSUMO	VALOR

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

WFO	PERÍODO	ANTERIOR	ATUAL	WFO	CONSUMO	VALOR
WFO	PERÍODO	11/01/18	11/01/18	WFO	CONSUMO	VALOR

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

WFO	PERÍODO	ANTERIOR	ATUAL	WFO	CONSUMO	VALOR
WFO	PERÍODO	11/01/18	11/01/18	WFO	CONSUMO	VALOR

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

WFO	PERÍODO	ANTERIOR	ATUAL	WFO	CONSUMO	VALOR
WFO	PERÍODO	11/01/18	11/01/18	WFO	CONSUMO	VALOR

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

WFO	PERÍODO	ANTERIOR	ATUAL	WFO	CONSUMO	VALOR
WFO	PERÍODO	11/01/18	11/01/18	WFO	CONSUMO	VALOR

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

WFO	PERÍODO	ANTERIOR	ATUAL	WFO	CONSUMO	VALOR
WFO	PERÍODO	11/01/18	11/01/18	WFO	CONSUMO	VALOR

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

WFO	PERÍODO	ANTERIOR	ATUAL	WFO	CONSUMO	VALOR
WFO	PERÍODO	11/01/18	11/01/18	WFO	CONSUMO	VALOR

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

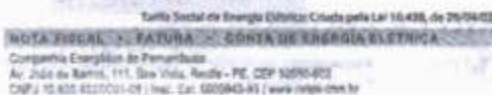
WFO	PERÍODO	ANTERIOR	ATUAL	WFO	CONSUMO	VALOR
WFO	PERÍODO	11/01/18	11/01/18	WFO	CONSUMO	VALOR

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

WFO	PERÍODO	ANTERIOR	ATUAL	WFO	CONSUMO	VALOR
WFO	PERÍODO	11/01/18	11/01/18	WFO	CONSUMO	VALOR

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

WFO	PERÍODO	ANTERIOR	ATUAL	WFO	CONSUMO	VALOR
WFO	PERÍODO	11/01/18	11/01/18	WFO	CONSUMO	VALOR



RJA MANUEL SANTANA 160

248.40

INVESTIGACAO	INTEGRADE	REDA METALICA
--------------	-----------	---------------

QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
1	100,00	100,00
2	200,00	200,00
3	300,00	300,00
4	400,00	400,00
5	500,00	500,00
6	600,00	600,00
7	700,00	700,00
8	800,00	800,00
9	900,00	900,00
10	1000,00	1000,00

--	--	--

2486

DEMONSTRATION OF CONJUGATE DESTA NOTA FINCA

Nº DO VEICULO	TIPO DA PLACA	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAZ	CONDIÇÃO	AVALIAR	CONSUMO (KM)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0000000	LA7	2008-09-15	46.030.00	2008-09-15	46.037.30	02	1.00000		218.00

Währung: USD		S&P 500		Emerging Markets	
DATE	PRICE	DATE	PRICE	DATE	PRICE
11.10.2019	37.9	11.10.2019	37.9	11.10.2019	37.9
11.11.2019	37.1	11.11.2019	37.1	11.11.2019	37.1
11.12.2019	37.1	11.12.2019	37.1	11.12.2019	37.1
11.01.2020	37.1	11.01.2020	37.1	11.01.2020	37.1
11.02.2020	37.1	11.02.2020	37.1	11.02.2020	37.1
11.03.2020	37.1	11.03.2020	37.1	11.03.2020	37.1
11.04.2020	37.1	11.04.2020	37.1	11.04.2020	37.1
11.05.2020	37.1	11.05.2020	37.1	11.05.2020	37.1
11.06.2020	37.1	11.06.2020	37.1	11.06.2020	37.1
11.07.2020	37.1	11.07.2020	37.1	11.07.2020	37.1
11.08.2020	37.1	11.08.2020	37.1	11.08.2020	37.1
11.09.2020	37.1	11.09.2020	37.1	11.09.2020	37.1
11.10.2020	37.1	11.10.2020	37.1	11.10.2020	37.1
11.11.2020	37.1	11.11.2020	37.1	11.11.2020	37.1
11.12.2020	37.1	11.12.2020	37.1	11.12.2020	37.1
11.01.2021	37.1	11.01.2021	37.1	11.01.2021	37.1
11.02.2021	37.1	11.02.2021	37.1	11.02.2021	37.1
11.03.2021	37.1	11.03.2021	37.1	11.03.2021	37.1
11.04.2021	37.1	11.04.2021	37.1	11.04.2021	37.1
11.05.2021	37.1	11.05.2021	37.1	11.05.2021	37.1
11.06.2021	37.1	11.06.2021	37.1	11.06.2021	37.1
11.07.2021	37.1	11.07.2021	37.1	11.07.2021	37.1
11.08.2021	37.1	11.08.2021	37.1	11.08.2021	37.1
11.09.2021	37.1	11.09.2021	37.1	11.09.2021	37.1
11.10.2021	37.1	11.10.2021	37.1	11.10.2021	37.1
11.11.2021	37.1	11.11.2021	37.1	11.11.2021	37.1
11.12.2021	37.1	11.12.2021	37.1	11.12.2021	37.1
11.01.2022	37.1	11.01.2022	37.1	11.01.2022	37.1
11.02.2022	37.1	11.02.2022	37.1	11.02.2022	37.1
11.03.2022	37.1	11.03.2022	37.1	11.03.2022	37.1
11.04.2022	37.1	11.04.2022	37.1	11.04.2022	37.1
11.05.2022	37.1	11.05.2022	37.1	11.05.2022	37.1
11.06.2022	37.1	11.06.2022	37.1	11.06.2022	37.1
11.07.2022	37.1	11.07.2022	37.1	11.07.2022	37.1
11.08.2022	37.1	11.08.2022	37.1	11.08.2022	37.1
11.09.2022	37.1	11.09.2022	37.1	11.09.2022	37.1
11.10.2022	37.1	11.10.2022	37.1	11.10.2022	37.1
11.11.2022	37.1	11.11.2022	37.1	11.11.2022	37.1
11.12.2022	37.1	11.12.2022	37.1	11.12.2022	37.1
11.01.2023	37.1	11.01.2023	37.1	11.01.2023	37.1
11.02.2023	37.1	11.02.2023	37.1	11.02.2023	37.1
11.03.2023	37.1	11.03.2023	37.1	11.03.2023	37.1
11.04.2023	37.1	11.04.2023	37.1	11.04.2023	37.1
11.05.2023	37.1	11.05.2023	37.1	11.05.2023	37.1
11.06.2023	37.1	11.06.2023	37.1	11.06.2023	37.1
11.07.2023	37.1	11.07.2023	37.1	11.07.2023	37.1
11.08.2023	37.1	11.08.2023	37.1	11.08.2023	37.1
11.09.2023	37.1	11.09.2023	37.1	11.09.2023	37.1
11.10.2023	37.1	11.10.2023	37.1	11.10.2023	37.1
11.11.2023	37.1	11.11.2023	37.1	11.11.2023	37.1
11.12.2023	37.1	11.12.2023	37.1	11.12.2023	37.1
11.01.2024	37.1	11.01.2024	37.1	11.01.2024	37.1
11.02.2024	37.1	11.02.2024	37.1	11.02.2024	37.1
11.03.2024	37.1	11.03.2024	37.1	11.03.2024	37.1
11.04.2024	37.1	11.04.2024	37.1	11.04.2024	37.1
11.05.2024	37.1	11.05.2024	37.1	11.05.2024	37.1
11.06.2024	37.1	11.06.2024	37.1	11.06.2024	37.1
11.07.2024	37.1	11.07.2024	37.1	11.07.2024	37.1
11.08.2024	37.1	11.08.2024	37.1	11.08.2024	37.1
11.09.2024	37.1	11.09.2024	37.1	11.09.2024	37.1
11.10.2024	37.1	11.10.2024	37.1	11.10.2024	37.1
11.11.2024	37.1	11.11.2024	37.1	11.11.2024	37.1
11.12.2024	37.1	11.12.2024	37.1	11.12.2024	37.1
11.01.2025	37.1	11.01.2025	37.1	11.01.2025	37.1
11.02.2025	37.1	11.02.2025	37.1	11.02.2025	37.1
11.03.2025	37.1	11.03.2025	37.1	11.03.2025	37.1
11.04.2025	37.1	11.04.2025	37.1	11.04.2025	37.1
11.05.2025	37.1	11.05.2025	37.1	11.05.2025	37.1
11.06.2025	37.1	11.06.2025	37.1	11.06.2025	37.1
11.07.2025	37.1	11.07.2025	37.1	11.07.2025	37.1
11.08.2025	37.1	11.08.2025	37.1	11.08.2025	37.1
11.09.2025	37.1	11.09.2025	37.1	11.09.2025	37.1
11.10.2025	37.1	11.10.2025	37.1	11.10.2025	37.1
11.11.2025	37.1	11.11.2025	37.1	11.11.2025	37.1
11.12.2025	37.1	11.12.2025	37.1	11.12.2025	37.1
11.01.2026	37.1	11.01.2026	37.1	11.01.2026	37.1
11.02.2026	37.1	11.02.2026	37.1	11.02.2026	37.1
11.03.2026	37.1	11.03.2026	37.1	11.03.2026	37.1
11.04.2026	37.1	11.04.2026	37.1	11.04.2026	37.1
11.05.2026	37.1	11.05.2026	37.1	11.05.2026	37.1
11.06.2026	37.1	11.06.2026	37.1	11.06.2026	37.1
11.07.2026	37.1	11.07.2026	37.1	11.07.2026	37.1
11.08.2026	37.1	11.08.2026	37.1	11.08.2026	37.1
11.09.2026	37.1	11.09.2026	37.1	11.09.2026	37.1
11.10.2026	37.1	11.10.2026	37.1	11.10.2026	37.1
11.11.2026	37.1	11.11.2026	37.1	11.11.2026	37.1
11.12.2026	37.1	11.12.2026	37.1	11.12.2026	37.1
11.01.2027	37.1	11.01.2027	37.1	11.01.2027	37.1
11.02.2027	37.1	11.02.2027	37.1	11.02.2027	37.1
11.03.2027	37.1	11.03.2027	37.1	11.03.2027	37.1
11.04.2027	37.1	11.04.2027	37.1	11.04.2027	37.1
11.05.2027	37.1	11.05.2027	37.1	11.05.2027	37.1
11.06.2027	37.1	11.06.2027	37.1	11.06.2027	37.1
11.07.2027	37.1	11.07.2027	37.1	11.07.2027	37.1
11.08.2027	37.1	11.08.2027	37.1	11.08.2027	37.1
11.09.2027	37.1	11.09.2027	37.1	11.09.2027	37.1
11.10.2027	37.1	11.10.2027	37.1	11.10.2027	37.1
11.11.2027	37.1	11.11.2027	37.1	11.11.2027	37.1
11.12.2027	37.1	11.12.2027	37.1	11.12.2027	37.1
11.01.2028	37.1	11.01.2028	37.1	11.01.2028	37.1
11.02.2028	37.1	11.02.2028	37.1	11.02.2028	37.1
11.03.2028	37.1	11.03.2028	37.1	11.03.2028	37.1
11.04.2028	37.1	11.04.2028	37.1	11.04.2028	37.1
11.05.2028	37.1	11.05.2028	37.1	11.05.2028	37.1
11.06.2028	37.1	11.06.2028	37.1	11.06.2028	37.1
11.07.2028	37.1	11.07.2028	37.1	11.07.2028	37.1
11.08.2028	37.1	11.08.2028	37.1	11.08.2028	37.1
11.09.2028	37.1	11.09.2028	37.1	11.09.2028	37.1
11.10.2028	37.1	11.10.2028	37.1	11.10.2028	37.1
11.11.2028	37.1	11.11.2028	37.1	11.11.2028	37.1
11.12.2028	37.1	11.12.2028	37.1	11.12.2028	37.1
11.01.2029	37.1	11.01.2029	37.1	11.01.2029	37.1
11.02.2029	37.1	11.02.2029	37.1	11.02.2029	37.1
11.03.2029	37.1	11.03.2029	37.1	11.03.2029	37.1
11.04.2029	37.1	11.04.2029	37.1	11.04.2029	37.1
11.05.2029	37.1	11.05.2029	37.1	11.05.2029	37.1
11.06.2029	37.1	11.06.2029	37.1	11.06.2029	37.1
11.07.2029	37.1	11.07.2029	37.1	11.07.2029	37.1
11.08.2029	37.1	11.08.2029	37.1	11.08.2029	37.1
11.09.2029	37.1	11.09.2029	37.1	11.09.2029	37.1
11.10.2029	37.1	11.10.2029	37.1	11.10.2029	37.1
11.11.2029	37.1	11.11.2029	37.1	11.11.2029	37.1
11.12.2029	37.1	11.12.2029	37.1	11.12.2029	37.1
11.01.2030	37.1	11.01.2030	37.1	11.01.2030	37.1
11.02.2030	37.1	11.02.2030	37.1	11.02.2030	37.1
11.03.2030	37.1	11.03.2030	37.1	11.03.2030	37.1
11.04.2030	37.1	11.04.2030	37.1	11.04.2030	37.1
11.05.2030	37.1	11.05.2030	37.1	11.05.2030	37.1
11.06.2030	37.1	11.06.2030	37.1	11.06.2030	37.1
11.07.2030	37.1	11.07.2030	37.1	11.07.2030	37.1
11.08.2030	37.1	11.08.2030	37.1	11.08.2030	37.1
11.09.2030	37.1	11.09.2030	37.1	11.09.2030	37.1
11.10.2030	37.1	11.10.2030	37.1	11.10.2030	37.1
11.11.2030	37.1	11.11.2030	37.1	11.11.2030	37.1
11.12.2030	37.1	11.12.2030	37.1	11.12.2030	37.1
11.01.2031	37.1	11.01.2031	37.1	11.01.2031	37.1
11.02.2031	37.1	11.02.2031	37.1	11.02.2031	37.1
11.03.2031	37.1	11.03.2031	37.1	11.03.2031	37.1
11.04.2031	37.1	11.04.2031	37.1	11.04.2031	37.1
11.05.2031	37.1	11.05.2031	37.1	11.05.2031	37.1
11.06.2031	37.1	11.06.2031	37.1	11.06.2031	37.1
11.07.2031	37.1	11.07.2031	37.1	11.07.2031	37.1
11.08.2031	37.1	11.08.2031	37.1	11.08.2031	37.1
11.09.2031	37.1	11.09.2031	37.1	11.09.2031	37.1
11.10.2031	37.1	11.10.2031	37.1	11.10.2031	37.1
11.11.2031	37.1	11.11.2031	37.1	11.11.2031	37.1
11.12.2031	37.1	11.12.2031	37.1	11.12.2031	37.1
11.01.2032	37.1	11.01.2032	37.1	11.01.2032	37.1
11.02.2032	37.1	11.02.2032	37.1	11.02.2032	37.1
11.03.2032	37.1	11.03.2032	37.1	11.03.2032	37.1
11.04.2032	37.1	11.04.2032	37.1	11.04.2032	37.1
11.05.2032	37.1	11.05.2032	37.1	11.05.2032	37.1
11.06.2032	37.1	11.06.2032	37.1	11.06.2032	37.1
11.07.2032	37.1	11.07.2032	37.1	11.07.2032	37.1
11.08.2032	37.1	11.08.2032	37.1	11.08.2032	37.1
11.09.2032	37.1	11.09.2032	37.1	11.09.2032	37.1
11.10.2032	37.1	11.10.2032	37.1	11.10.2032	37.1
11.11.2032	37.1	11.11.2032	37.1	11.11.2032	37.1
11.12.2032	37.1	11.12.2032	37.1	11.12.2032	37.1
11.01.2033	37.1	11.01.2033	37.1	11.01.2033	37.1
11.02.2033	37.1	11.02.2033	37.1	11.02.2033	37.1
11.03.2033	37.1	11.03.2033	37.1	11.03.2033</	

Year	Value	Category	Value
2010	100	Consumption	100
2011	100	Consumption	100
2012	100	Consumption	100

AIRTEL FROM CHICAGO TO NEW YORK AND BUREAU
AIRTEL FROM NEW YORK TO CHICAGO

REPORTAGE IMPORTANTE

[illegible]

CROP	YIELD (kg/ha)	LIMIT DEVELOP.	LIMIT PRODUCTION	LIMIT PRICE
SOY	8.38	1.83	10.20	21.72
MAIZE	1.20	1.30	8.72	12.45
TOTAL	9.58	3.13	18.92	34.17

[Return to Table of Contents](#)

© 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, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 2681, 2682, 2683,

NÍVEL DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
	inferior	superior
220	202	228



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 85 | 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=25636>

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 pessoais, 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 NESSERUO. 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 ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTONIO PEREIRA FILHO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 458.545.084 / 34 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE FERREIRA DE SANTANA inscrito (a) no CPF sob o Nº 530.579.614 / 87

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima JOSE FERREIRA DE SANTANA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 530.579.614 / 87 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 do presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA: MANOEL SANTANA</u>		Número: <u>56</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>FLORES</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>56.850-000</u>
E-mail: <u>TOINHO DERMEIR@HOTMAIL.COM</u>			Tel. (DDD): <u>81-9935-5533</u>

Local e Data: FLORES-PE 09/10/2019

Antonio Pereira Filho
Assinatura do Declarante



PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES
Fundo Municipal de Saúde
Unidade Mista Genésio Francisco Xavier
BOLETIM DE EMERGÊNCIA

50cm

Data e Hora: 13-03-18 às 12:40	Nº. Ocorrência
Nome: José Ferreira de Santana	Data Nascimento: 28-09-63
Profissão: agricultor	Sexo: m
	Doc. Ident.: 7.955.828
	SUS: 704705743703931
End.: St. dos Nunes - Floren PE	
Responsável: Elza Maria Lima	
Tipo de Atendimento:	
Acidente de Trânsito ☒	Acidente de Trabalho ☐
Agressão ☐	Consulta ☐

Pressão Arterial: 140x100 mmHg	HGT:	Pulso:	Temp.:	Peso:
Histórico e Exame Físico:				
VITIMA ACIDENTE MOTOCICLISTICO; NEA TCE; NEA VÔMITOS; APRESENTA ODR + DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO, ESVAZIAÇÃO PELO CORPO + FERMIMENTO COTO CONTUSO EM MID.				

Tratamento:
① L. SÉPIA + ANILINA + SUTURA + CURATIVO
② IMOBILIZAÇÃO DE MSE
③ VOLTAREM O AMPOLAIUM.
④ NECESSIDADE DE RADIOGRAFIA + AVALIAÇÃO DO TRAUMATOLOGISTA

Impressão Diagnóstica:
ACIDENTE MOTOCICLISTICO + FRATURA PUNHO (E) 2
Destino do Paciente
Residência ☐ Internado ☐ Transferido ☒
Recebido pelo Hospital
HOSPITAL 5382569.
Óbito às
horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:
Dr. Ismael Quintino Médico CRM-PE 21488



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
XI GERES - SERRA TALHADA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA				Nº: 102	
Data: 13-03-18	Hora: 14:08				
Nome: José Ferreira de Santana			Estado Civil: Solteiro		
Nascimento: 26-05-67	Sexo: masculino		Profissão: agricultor		
Escolaridade:			Responsável: o mesmo		
Mãe: Gertrudes Ferreira de Santana					
Endereço: Rua Agamenon Magalhães, 44					
Bairro: S. dos Pântanos	Município: Flores/PE		Fone: (11) 97477-9097		
Cartão SUS: 404705743103931	RG/CPF: 955.828/187-18122-9401				
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena
PA:	Pulso:	HGT:	Temperatura:	Peso:	
História e Exame Físico: Trauma em ATE + Pun D L-1 Ox. Firmes e intactos em pun D. Dn + hiperreflexia em pun D.					
Tratamento: Rx de Antebraço e AP. Pun/ok Rx de Pun D AP. Pun/ok Tb Axila - Pun O E Em curativos vas curf. + dnta + Mel Contus					
Hipótese Diagnóstica: Fratura de Antebraço E Contus Pun D.			Carimbo e Assinatura: Dr. Énio K. de Carvalho Traumatologia Ortopedia CRM 15028		
Destino do Paciente:	Internado	Residência	Transferido	Evasão	
Removido para o hospital: A São Vinte					
Óbito às hrs do dia					



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Francisco Anselmo Ltda.

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Francisco Anselmo Ltda.

2 - CNES
2 5 1 7 1 2 4
4 - CNES
2 5 1 7 1 2 4

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO

064955828

NOME ATEND.

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

4047057437039311

6 - SIS PRENATAL

7 - SENNA / REGULAÇÃO

8 - Nº DO PROCTUÁRIO

40292

9 - NOME DO PACIENTE

Jose Ferreira de Santana

10 - DATA DE NASCIMENTO
26/05/64

11 - SEXO

Masculino

12 - FERN. ☒

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Getulio Ferreira de Santana

DDD

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

Av. Agamenon Magalhães, 220

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Recife

16 - COD. IBGE MUNICIPAL

17 - UF

18 - CEP

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

fr no mb @ q Luma 5

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Re

21 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

pat - u - 2 - auto 300 @

22 - CID. 10 PRINCIPAL

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

fr CURRUCO no At - @

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

31 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE-ASSISTENTE

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO

38 - Nº DA SEGURADORA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SÉRIE

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

42 - CODIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

43 - COD. ORÇÃO SINDICAT

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (ASH)

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

MOTIVO DA ALTA: melhora

CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Eletiva

DATA DA INTERNAÇÃO: 28/03/85

Jose Roberto Vieira Barros
Médico Autorizado



PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES

Fundo Municipal de Saúde
Praça Dr. Santana Filho, 01 - Centro
Fone/Fax: (87) 3857-1852
CEP: 56.850-000 - Flores - PE

RECEITUÁRIO

Jose Ferreira de Santana

Paciente, 52 anos, sofreu fratura de extremidade distal do rádio esquerdo (CID 552.5) e foi submetido a cirurgia ortopédica para correção em março / 2018, evoluindo desde então com limitação dos movimentos de MSE e dor ao mobilizar, dificultando para atividades laborais como agricultor.

CID: 552.5.

06 / 08 / 19

Data

Dr. Erika Cavalcanti
Médico
CRM-PE 28236

Médico - CRM



CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Dra. Andreia Diniz

ANESTESIOLOGIA -
CLÍNICA MÉDICA - TRATAMENTO DE DOR CRÔNICA

Dr. Carlos Kennedy

NEUROCIRURGIA - NEUROLOGIA

Dr. Ebenone A. Silva

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA -
CIRURGIA DO JOELHO - LIG. MUSCULOESQUELÉTICO

Dra. Martha Arruda

GINECOLOGIA - OBSTETRICA -
COLPOSCÓPIA - CITOLOGIA ONCÓTICA

Dr. Adelson Feitosa

NEURONIA ORTOMOLECULAR
PARA O CONTROLE DE OBESIDADE

Dra. Ana Carolina Sampaio

FONOAUDILOGIA - TESTE DA ORELHINA - AUDIOMETRIA
CLÍNICA DE SAÚDE OCUPACIONAL

Dr. Antônio Melo

CLÍNICA MÉDICA - CARDIOLOGIA
ECOCARDIOGRAFIA

Dr. Jailson José

REUMATOLOGISTA

Dra. Danniely Duarte

GINECOLOGIA - OBSTETRICA -
LIG. GINECOLOGIA E OBSTETRICA
MORFOLOGIA FETAL

ATESTADO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE JOSE FERREIRA DE SANTANA NECESSITA DE 60 (SESENTA) DIAS DE LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE , A PARTIR DA PRESENTE DATA.

CID = S52.5

SERRA TALHADA 05-04-2018

Ebenone A. Silva
CRM: 15.122 TEC 1
Ortopedia/Traumatologia
-CE-



Nº RG - 7.955.828 - SDS - PE
DATA EXPEDICÃO 10/01/2007



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 530.579.614-87

Nome: JOSE FERREIRA DE SANTANA

Data de Nascimento: 26/05/1967

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: anterior a 10/11/1990

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 09:57:24 do dia 09/10/2019 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: 8FF2.F508.CB63.1DB1



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190587444

Cidade: Flores

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE FERREIRA DE SANTANA

Data do acidente: 13/03/2018

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFICIT DISCRETO DE APREENSÃO E PRONO-SUPINAÇÃO, APRESENTA PERDA DA MOBILIDADE DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DE PRONOSUPINAÇÃO E APREENSÃO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSE FERREIRA DE SANTANA brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
 Profissão: RECUSO portador(a) do RG 7.955.828, órgão expedidor SDS-PE
 e do CPF 530.579.614-87, residente no(a) AV. AGAMENON MAGALHÃES
 nº 220, bairro: ST. JOANNES, município: FLORES I. PE

OUTORGADO:

Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO, brasileiro(a), estado civil: CASADO
 Profissão: RECUSO portador(a) do RG 2999873, órgão expedidor SP-PE
 e do CPF 452.545.084-34, residente no(a) RUA: MANOEL SANTANA
 nº 56, bairro: CENTRO, município: FLORES I. PE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima JOSE FERREIRA DE SANTANA
 CPF 530.579.614-87 data do acidente: 13/03/2018

Local e data: FLORES-PE 09/10/2019

Assinatura do outorgante
 (Reconhecer firma por autenticidade)



TABELIONATO ÚNICO DE FLORES
 Serviço Tabelião, Promotor do Título, Registro de Imóveis e de Títulos e Documentos e Procuração Judicial
 Rua Antônio Carneiro Lima, s/n Centro - Flores/PE - CEP: 55000-000 - Fone: (37) 3621-1260
 R. Rui Barbosa de Farias Farias - Idorina

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) JOSE FERREIRA DE SANTA
 - Dou fe
 Em Testemunho da verdade
 MARIA CECILIA VIEIRA KRUEGER - ESCRIVENTE
 FLORES - terça-feira 8 de outubro de 2019 - 08:23h
 Total: 4.911 - 0076927.FLV09201902 00230-
 Maria Cecília V. Krueger
 E. Escrivente



DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: _____ brasileiro(a), estado civil: _____
 Profissão: _____ portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
 e do CPF: _____, residente no(a) _____
 nº _____, bairro: _____, município: _____ I.

Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

2º Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0360646/19

Vítima: JOSE FERREIRA DE SANTANA

CPF: 530.579.614-87

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 13/03/2018

Titular do CPF: JOSE FERREIRA DE SANTANA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIO PEREIRA FILHO : 452.545.084-34

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

JOSE FERREIRA DE SANTANA : 530.579.614-87

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: 16/10/2019
Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO
CPF: 452.545.084-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

ANTONIO PEREIRA FILHO

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES