

Clinik

Rua: Cornélio Soares, 939, sala 2, térreo,

Bairro: Nossa Senhora da Penha; Serra Talhada-PE;

Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva

CRM-PE: 23409;CRM-PB: 9992

Relatório médico

Francinaldo Gonçalves da Silva

Paciente foi vítima de acidente de transito por colisão de moto/moto no dia 14/08/2018. Fato ocorrido no município de Serra Talhada-PE, em via pública.

Foi levado ao hospital regional de Serra Talhada (HOSPAM), na qual foi atendido pelo ortopedista e diagnosticado com fratura de costela (arco de costelas direita). Foi medicado e liberado para tratamento ambulatorial.

Na avaliação clínica de sequelas, o paciente apresenta exames físicos-clínico visual, sequelas consequente ao trauma na qual foi observada dor aos pequenos esforços, associado a limitação de movimento da região lombar de mais ou menos 40%

Alta definitiva de todos tratamentos

Atenciosamente

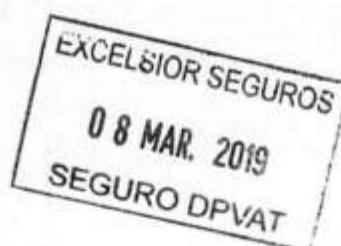
Ricardo Bruno S.S. e Silva

Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva

CRM-PE: 23409;CRM-PB: 9992


Dr. Ricardo Bruno
Médico
CRM-PE: 23409

Serra Talhada, 28 de fevereiro de 2019



0388722/18

CliniK

Rua: Cornélio Soares, 939, sala 2, térreo,

Bairro: Nossa Senhora da Penha; Serra Talhada- PE;

Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva

CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992

Relatório médico

Francinaldo Gonçalves da Silva;

Paciente foi vítima de acidente de trânsito por colisão de moto/moto no dia 14/08/2018. Fato ocorrido no município de Serra Talhada- PE, em via pública.

Foi levado ao hospital regional de Serra Talhada (HOSPM), na qual foi atendido pelo ortopedista e diagnosticado como fratura de costela (arco de costelas direita). Foi medicado e liberado para tratamento ambulatorial.

Na avaliação clínica de sequelas, o paciente apresenta exame físico-clínico visual, sequela consequente ao trauma na qual foi observada dor aos pequenos esforços, associado a limitação de movimento da região lombar de mais ou menos 40%

No momento encontra-se de alta do tratamento com a fisioterapia.

OBS: Paciente se apresenta ao exame físico de hoje com esses sinais. Podendo variar conforme evolução e resposta clínica do mesmo no decorrer dos dias.

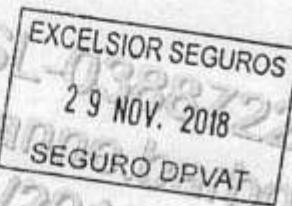
Atenciosamente

Ricardo Bruno Santana Souza e Silva
Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva

CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992.

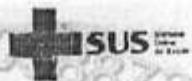
Ricardo Bruno
Dr. Ricardo Bruno

Serra Talhada, 29 de novembro de 2018





HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 109

Data: 14/03/18	Horário: 18:23				
Nome Traumático: Gonçalves da Silva					
Nome Social:	Profissão: mentador				
Nascimento: 05/03/63	Sexo: M				
Estado Civil: casado					
Escolaridade:	Responsável:				
Mãe: Isabel Gonçalves da Silva					
Endereço: Rua da Praia - num 100					
Bairro: Centro	Município: Itaíba				
CEP: 56300-000	RG/CPFE: 1095-0897-58-3				
Fone: 9648-4791					
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

Situação/Queixa:

PA	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
----	--------	------	----	-------	-------	----------

Medicamentos em uso:

Intolerâncias/Alérgias:

Exame/Prática:

Carimbo e Assinatura:

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Tran - tórox - D
7L Dr. Engrácia
EXCELSIOR SEGUROS
21 OUT 2010
REGISTRO DE VIT.

Tratamento:

Rx de Tórox AP
gelo - gelo - Retais t. env
A. Antel -

Hipótese Diagnóstica:

Int. A 11.03.18	Carimbo e Assinatura:
	Dr Engrácia de Carvalho Traumato-Ortopedia 05 M 15x20

CONDUTA MÉDICA

Destino do Paciente:	Internado	Residência	Transferido	Evasão
Removido para o hospital:				
Obito às	hrs do dia			

Carimbo e Assinatura:

OBSERVAÇÃO MÉDICA

Outras queixas:

Exames Solicitados:

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemograma | <input type="checkbox"/> LCR | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Glicose | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Ureia | <input type="checkbox"/> VDRL | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Creatinina | <input type="checkbox"/> CKMB | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Inimograma | <input type="checkbox"/> Troponina | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Leucograma | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Eletroograma | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

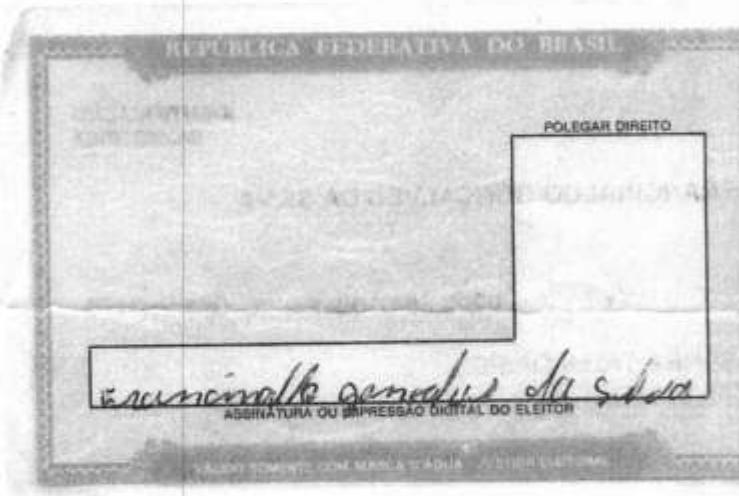
PREScrição MÉDICA

Medicação	Horário	Obs:
01 Diflupar 29/10/17 EV	19:10	
02 Voltaren 01/11/17 IM		
Dr. Érico R. de Carvalho		
Tratamento: _____		
CRM: 15320		

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaco reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar

VCH
Foto



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1	CÓD. RENAVAM 815441959	R.N.T.R.C. *****	EXERCÍCIO 2018
NOME FRANCIELLY DAYSE TIBURTINO DA SILVA			
SERPA TALHADA - PE			
CPF / CNPJ 110 598.384-60	PLACA KKK4383	0	
PLACA ANT / UF ***** / PE	CHASSI 9C2HA07103R086607	EXERCÍCIO 2018	
ESPECIE TIPO PAS / MOTONETA	COMBUSTIVEL GASOLINA	DATA EMISSÃO 28/08/18	
MARCA / MODELO HONDA / C100 BIZ E3	ANO FAB. 2003	ANO MOD. 2003	
CAP / POT / CIL 25/97CL	CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE AZUL	
I P V A	COTA ÚNICA IPVA 2018 QUITADO	VENC. COTA ÚNICA 1 ^º *****	VENC / COTAS 2 ^º ***** 3 ^º *****
FAIXA IPVA 1	PARCELAMENTO / COTAS		
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOP (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURADO PAGO		28/08/18	
OBSERVAÇÕES SEM RESERVA			
SERRA TALHADA		DATA 28/08/18	
Charles Andrews Sousa Ribeiro Presidente DETAN / PE			

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

PE Nº 013727865678 BILHETE DE SEGURO DPVAT

FRANCIELLY DAYSE TIBURTINO DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1	CPF / CNPJ 110.598.384-60	PLACA KKK4383	0
RENAVAM 815441959	MARCA / MODELO HONDA / C100 BIZ E3	EXERCÍCIO 2018	DATA EMISSÃO 28/08/18
ANO FAB. 2003	CAT. TARI. 03	Nº CHASSI 9C2HA07103R086607	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOP (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)	
SEGURADO PAGO			
PAGAMENTO			
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.346.800/0001-04

DESENQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATÓRIO.



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180501768

Nome do(a) Examinado(a): FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA JOANA NUNES DE SOUZA, 165 -
SERRA TALHADA/PE - CEP 56912-182

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 2818303 - SSP-PE

Data e Local do Acidente : 14/08/2018 - SERRA TALHADA

Data e Local do Exame : 06/12/2018 RUA DR ERICK RIBEIRO, 324 - SL 02 -
SALGUEIRO/PE - CEP 56000-000

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE ARCOS COSTAIS À DIREITA

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

REALIZOU TRATAMENTO CONSERVADOR. TEVE ALTA NO DIA 29/11/2018

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

LIMITAÇÃO DA COLUNA TORÁCICA, MOVIMENTOS DE FLEXÃO E
INCLINAÇÃO DA COLUNA, COM DIFICULDADE PARA RESPIRAÇÃO
PROFUNDA, CANSACO A LEVES ESFORÇOS E DEFORMIDADE
TORÁCICA

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

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

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DA COLUNA TORÁCIA, MOVIMENTOS DE
FLEXÃO E INCLINAÇÃO DA COLUNA, COM DIFICULDADE PARA
RESPIRAÇÃO PROFUNDA, CANSACO A LEVES ESFORÇOS E
DEFORMIDADE TORÁCICA

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74,
modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal**

permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal

TORAX

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

Região Corporal

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

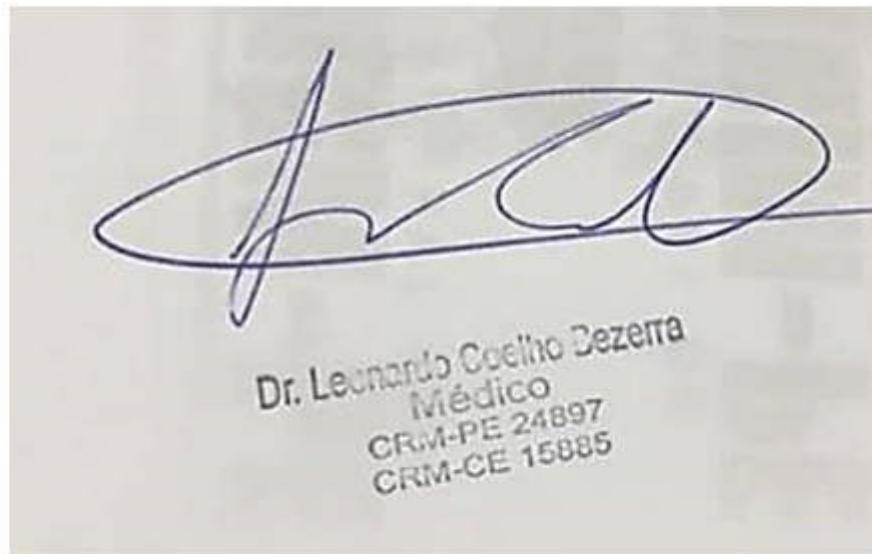
Região Corporal

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

Região Corporal

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

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



LEONARDO COELHO BEZERRA CRM : 24897 / UF :PE

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180501768

Nome do(a) Examinado(a): FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA JOANA NUNES DE SOUZA, 165 -
SERRA TALHADA/PE - CEP 56912-182

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 2818303 - SSP-PE

Data e Local do Acidente : 14/08/2018 - SERRA TALHADA

Data e Local do Exame : 06/12/2018 RUA DR ERICK RIBEIRO, 324 - SL 02 -
SALGUEIRO/PE - CEP 56000-000

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE ARCOS COSTAIS À DIREITA

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

REALIZOU TRATAMENTO CONSERVADOR. TEVE ALTA NO DIA 29/11/2018

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

LIMITAÇÃO DA COLUNA TORÁCICA, MOVIMENTOS DE FLEXÃO E
INCLINAÇÃO DA COLUNA, COM DIFICULDADE PARA RESPIRAÇÃO
PROFUNDA, CANSACO A LEVES ESFORÇOS E DEFORMIDADE
TORÁCICA

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

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

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DA COLUNA TORÁCIA, MOVIMENTOS DE
FLEXÃO E INCLINAÇÃO DA COLUNA, COM DIFICULDADE PARA
RESPIRAÇÃO PROFUNDA, CANSACO A LEVES ESFORÇOS E
DEFORMIDADE TORÁCICA

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74,
modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal**

permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal

TORAX

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

Região Corporal

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

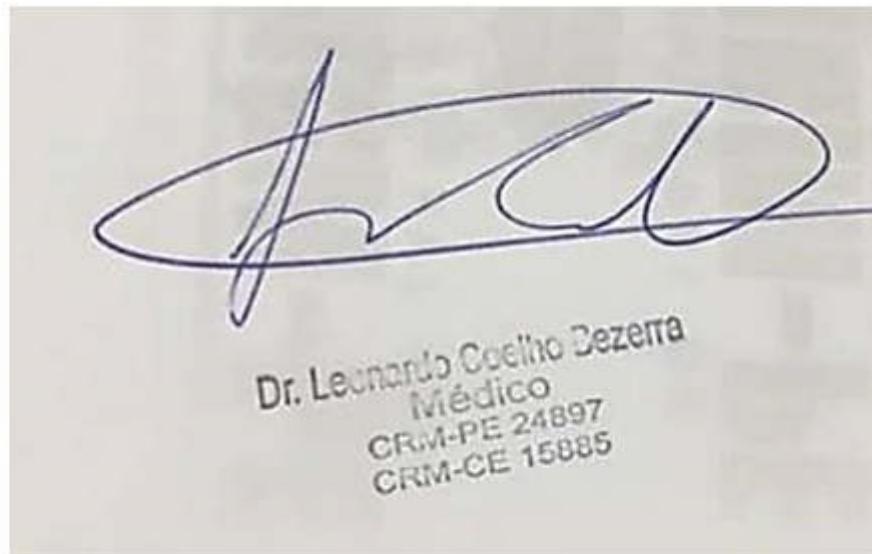
Região Corporal

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

Região Corporal

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

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



LEONARDO COELHO BEZERRA CRM : 24897 / UF :PE

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME DOCUMENTO BANCÁRIO.



SERRA TALHADA, 06 de Setembro de 2018

X Exclusivo de gencofur de Sikur

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME DOCUMENTO BANCÁRIO.



SERRA TALHADA, 06 de Setembro de 2018

X Exclusivo de gencofur de Sikur

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190333395 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA **Data do acidente:** 14/08/2018 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ARCOS COSTAIS A DIREITA

Descrição do exame físico: DOR RESIDUAL POS TRAUMA DE TORAX

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR
ALTA FEVEREIRO 2019

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 24/05/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICO LEGAL ANEXADA AO PROCESSO E A PERÍCIA REALIZADA, OPTAMOS POR NÃO MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR, UMA VEZ QUE ESTA FOI BASEADA EM SINTOMAS SUBJETIVOS (DOR) NÃO COMPROVADOS ATRAVÉS DE EXAMES COMPLEMENTARES E OU RELATÓRIOS MÉDICOS

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

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

1. Outorgante

portador(a) do documento de identidade nº 2.810.303, expedido por SSP/PE, em
29/10/1997, inscrito no CPF sob o nº 330.737.169-91, residente na
Rua Praia para Nunes de Souza, nº 165, cidade
complemento casa, Bairro AA BB, Estado PE.

2. Outorgado

Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em
29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na
Rua Francisco Olavo, nº 110, cidade
complemento Casa, Bairro IPSEP, Estado PE.

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

Serra Talhada

03 de Setembro de 2018

Outorgante

XFrancivaldo Goncalves da Silva



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: REGINALDO ANTÔNIO DA SILVA
Telefone: (87) 38811-924

Reconheço a Firma por Autenticidade do REGINALDO
GONCALVES DA SILVA. Doutº Fº. Serra Talhada - PE. Em
Testº () da verdade () Reginaldo Antônio da
Silva - Titular. () Maria Lúcia da Cunha -
Substituta. Emol. - R\$ 3,39 - TEMP. - R\$ 0,00 - VERC - RS
Selo: 0074872.LTN08201803.00053.05/04/2018 10:16:00
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br

Reginaldo Antônio da Silva
Delegatário Titular e Of. do Prostesio

Procuração

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

1. Outorgante

portador(a) do documento de identidade nº 2.810.303, expedido por SSP/PE, em
29/10/1997, inscrito no CPF sob o nº 330.737.169-91, residente na
Rua Praia para Nunes de Souza, nº 165, cidade
complemento casa, Bairro AA BB, Estado PE.

2. Outorgado

Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em
29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na
Rua Francisco Olavo, nº 110, cidade
complemento Casa, Bairro IPSEP, Estado PE.

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

Serra Talhada

03 de Setembro de 2018

Outorgante

XFrancivaldo Goncalves da Silva



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: REGINALDO ANTÔNIO DA SILVA
Telefone: (87) 38811-924

Reconheço a Firma por Autenticidade do FRANCIVALDO
GONCALVES DA SILVA. Doutº Fº. Serra Talhada - PE. Em
Testº () da verdade () Reginaldo Antônio da
Silva - Titular. () Maria Lúcia da Cunha -
Substituta. Emol. - R\$ 3,39 - TEMP. - R\$ 0,00 - VERC - RS
Selo: 0074872.LTN08201803.00053.05/04/2018 10:16:00
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br

Reginaldo Antônio da Silva
Delegatário Titular e Of. do Prostesio

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0168859/19

Vítima: FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA

CPF: 330.737.164-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/08/2018

Titular do CPF: FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE : 051.394.744-25

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

FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA : 330.737.164-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/05/2019
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/05/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

RAIANNE SILVA BARBOSA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0080380/19

Vítima: FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA

CPF: 330.737.164-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/08/2018

Titular do CPF: FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE : 051.394.744-25

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

FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA : 330.737.164-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/03/2019
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/03/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

RAIANNE SILVA BARBOSA

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 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190333395

Vítima: FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA

Data do Acidente: 14/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA

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, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190333395

Vítima: FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA

Data do Acidente: 14/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 29 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190333395

Vítima: FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA

Data do Acidente: 14/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
 DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

330.737.169-91

Nome completo da vítima

Franciscoaldo Gonçalves da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Francivaldo Gonçalves da Silva	330.737.169-91	funcultor
Endereço	Número	Complemento
Rua PRPA Joana Nunes de Souza	165	casa
Bairro	Estado	CEP
Alfândega	PE	56910-182
Email	Telefone (DDD) (87) 9634-4907	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0051		40659	0

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Nome _____ NRO. _____

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V

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

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

S. Paltada, 06 de setembro de 2018

Local e Data

Franciscoaldo Gonçalves da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTO-ATENDIMENTO - AG Serra Talhada
DATA: 24/08/2018 HORA: 10:04:37
TERMINAL: 09141018 CONTROLE: 091410180306

AGÊNCIA: 0051 - CARUARU
CONTA: 013.00040652-0
CLIENTE: FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
10/08	0,00
11/08	0,00
13/08	0,00

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
07/08	709,24
10/08	0,26
11/08	1,46
13/08	1,67

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR	3,37C
----------------	-------

Agosto

07/08	000000	COTAS PIS	709,24C
10/08	000000	REM BASICA	0,00C
11/08	000000	REM BASICA	0,00C
11/08	000000	CRED JUROS	0,01C
13/08	000000	REM BASICA	0,00C
13/08	000000	CRED JUROS	0,01C

RESUMO EM 23/08

SALDO	712,63C
-------	---------

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO DISPONIVEL	712,63C
SALDO TOTAL	712,63C

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

330.737.169-91

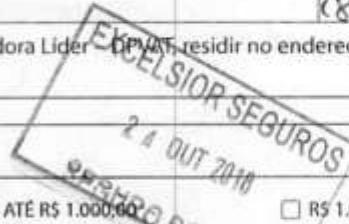
Nome completo da vítima

Francinaldo Gonçalves da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Francinaldo Gonçalves da Silva	330.737.169-91	funcultor
Endereço	Número	Complemento
Rua PRPA Joana Nunes de Souza	165	casa
Bairro	Estado	CEP
AIABPS	PE	56910-182
Email	Telefone (DDD)	
	(87)9634-4907	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.



FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

► CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0051		40659	0
(Informar dígito se existir)			

► CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Name	NRO.

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

S. Paltada, 06 de setembro de 2018

Local e Data

Francinaldo Gonçalves da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTO-ATENDIMENTO - AG Serra Talhada
DATA: 24/08/2018 HORA: 10:04:37
TERMINAL: 09141018 CONTROLE: 091410180306

AGÊNCIA: 0051 - CARUARU
CONTA: 013.00040652-0
CLIENTE: FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
10/08	0,00
11/08	0,00
13/08	0,00

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
07/08	709,24
10/08	0,26
11/08	1,46
13/08	1,67

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR	3,37C
----------------	-------

Agosto

07/08	000000	COTAS PIS	709,24C
10/08	000000	REM BASICA	0,00C
11/08	000000	REM BASICA	0,00C
11/08	000000	CRED JUROS	0,01C
13/08	000000	REM BASICA	0,00C
13/08	000000	CRED JUROS	0,01C

RESUMO EM 23/08

SALDO	712,63C
-------	---------

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO DISPONIVEL	712,63C
SALDO TOTAL	712,63C

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



0387722178



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ª CIRC
 DINTER2/21ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **18E0267003310**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/08/2018** às **12:36**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **14/8/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA OSVALDO DE GODOY LIMA, 1 - Bairro: AABB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO A ACADEMIA DAS CIDADES**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
 FRANCIELLY DAYSE TIBURTINO DA SILVA (TESTEMUNHA)
 FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): FRANCIELLY DAYSE TIBURTINO DA SILVA
 VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA GONCALVES DA SILVA** Pai: **SEBASTIAO SALUSTINO DA SILVA** Data de Nascimento: **5/3/1963** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2810303/SSP/PE (RG), 33073716491 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MONTADOR** Telefones Celulares: **- 87999804147**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 165, RUA JOANA NUNES DE SOUZA, AABB - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

FRANCIELLY DAYSE TIBURTINO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA ALDENORA TIBURTINO DA SILVA** Pai: **FRANCINALDO GONGALVES DA SILVA** Data de Nascimento: **4/3/1995** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9331797/SDS/PE (RG), 11059838460 (CPF), 05972769541 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO**
 Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 165, RUA JOANA NUNES DE SOUZA, AABB - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA I (VEICULÔ) de propriedade do(a) Sr(a): **FRANCIELLY DAYSE TIBURTINO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANCIELLY DAYSE TIBURTINO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA/C100** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKK4383** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **815441959** Chassi: **9C2HA07103R086807**
Ano Fabricação/Modelo: **2003/2003**
Descrição: **BIZ ES**

MOTOCICLETA II (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

O SRº FRANCINALDO GONÇALVES DA SILVA COMPARCEU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR QUE FOI VÍTIMA DE UM CIDÊNTE DE TRÂNSITO, SEGUNDO RELATOS DO MESMO QUE ESTAVA NA GARUPA DA MOTONETE RETROMENCIONADA QUE ESTAVA SENDO PILOTADA PELA SUA FILHA DE NOME FRANCIELLY DAYSE TIBURTINO DA SILVA NA AVENIDA OSVALDO DE GODOY LIMA ONDE DE REPENTE UMA OUTRA MOTOCICLETA DE CARACTERÍSTICAS NÃO ANOTADAS PILOTADA POR UM HOMEM DESCONHECIDO CRUZOU DE VEZ EM OUTRA RUA PARALELA A MENCIONADA AVENIDA HAVENDO ASSIM UMA COLISÃO ONDE TODOS CAÍRAM NA VIA, ONDE POSTERIORMENTE O SENHOR FRANCINALDO FOI LEVADO POR FAMILIARES AO HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES, COMO CONSTA CÓPIA DE BOLETIM DE EMERGÊNCIA DE N° 109 DAQUELE HOSPITAL, SEM MAIS ENCERRO O PRESENTE BO.

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

Francinaldo goncalves da silva
FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **WAGNER ALVES DE ALMEIDA** - Matrícula: **320336-0**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Francinaldo Gonçalves da Silva

CPF da Vítima

330.737.169-91

Data do Acidente

14/10/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Salvador, 06 de Setembro de 2018

Local e Data

Francinaldo Gonçalves da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA MANOEL PEREIRA DA SILVA - NUM. - 00882 - NO
SSA SRA DA PENHA SERRA TALHADA PE 56903-490

DADOS DE CLIENTE		MATRÍCULA: 104344237 Jul/2018		
MARIA ALDENORA TIBURTINO DA SILVA				
R PRFA JANA NUNES DE SOUZA, N. 00165 - - AABB SERRA TALHADA				
PE 56911-182	INSCRIÇÃO: 139.847-141.0000-616	GRUPO: 18	DEB. AUTÔNOMICO:	104344237
SITUAÇÃO DA LIGAÇÃO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	
		1	COMERCIAL	
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)	
A12B303F05	14/07/2018	14/08/2018	REAL	

ÁGUA:

LEIT ANTE: 809 CONSUMO: 16
LEIT ATU: 825
LEIT FATE: 825

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA: CONSUMO

06/2018 17
05/2018 14
04/2018 21
03/2018 13
02/2018 15
01/2018 16
MÉDIA: 16

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT.	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS.
TURBIDEZ	HS 2.914/11	70	70
COR APARENTE	70	70	70
CLORO RESIDUAL	70	70	70
COLIF. TOTAIS	70	70	70
E. COLI	70	70	70

Qualidade de Água: www.compresa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS CONFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS
ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
ATE 10 M3 - R\$ 41,30 POR UNIDADE
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3

10 M3 41,30
6 M3 28,44

MULTA P/ IMPONTUALIDADE 06/2018
JUROS DE MORA 05/2018

1,50
0,62



TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	69,74	1,65	1,15
COFINS	69,74	7,60	5,30

VENCIMENTO: 25/08/2018 TOTAL A PAGAR: 71,86

MENSAGEM:

EM 31/07/2018, REGISTRAMOS QUE V. SA
ESTAVA EM EBITO CON A COMPESA CASO
SE A TENTAR SAIR DE EBITO, FETE AUTOG.



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA MANOEL PEREIRA DA SILVA - NUM. - 00882 - NO
SSA SRA DA PENHA SERRA TALHADA PE 56903-490

DADOS DE CLIENTE		MATRÍCULA: 104344237 Jul/2018		
MARIA ALDENORA TIBURTINO DA SILVA				
R PRFA JANA NUNES DE SOUZA, N. 00165 - - AABB SERRA TALHADA				
PE 56911-182				
INSCRIÇÃO: 139.847-141.0000-616	GRUPO: 18 DEB AUTÔNOMICO	104344237		
SITUAÇÃO DA LIGAÇÃO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	
			COMERCIAL	
			INDUSTRIAL	
			PÚBLICA	
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)	
A12B303F05	14/07/2018	14/08/2018	REAL	

ÁGUA:

LEIT ANTE: 809 CONSUMO: 16
LEIT ATU: 825
LEIT FATE: 825

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA: CONSUMO

06/2018 17
05/2018 14
04/2018 21
03/2018 13
02/2018 15
01/2018 16
MÉDIA: 16

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT.	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS.
TURBIDEZ	HS 2.914/11	70	70
COR APARENTE	70	70	70
CLORO RESIDUAL	70	70	70
COLIF. TOTAIS	70	70	70
E. COLI	70	70	70

Qualidade de Água: www.compresa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS CONFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS
ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
ATE 10 M3 - R\$ 41,30 POR UNIDADE
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3

10 M3 41,30
6 M3 28,44

MULTA P/ IMPONTUALIDADE 06/2018
JUROS DE MORA 05/2018

1,50
0,62



TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	69,74	1,65	1,15
COFINS	69,74	7,60	5,30

VENCIMENTO: 25/08/2018 TOTAL A PAGAR: 71,86

MENSAGEM:

EM 31/07/2018, REGISTRAMOS QUE V. SA
ESTAVA EM EBITO CON A COMPESA CASO
SE A TERRA DADA DE CONCEPÇÃO ESTA AUTUA



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.435, de 26/04/02

COMPANHIA DE ENERGIA ELÉTRICA
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 16.835.532/0001-08 | Ins. Est. 0000463-92 | www.celpe.com.brDADOS DO CLIENTE
MARGARIDA ALVES CAVALCANTEENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF: 388 710 364-15

IPSEP/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56912-130CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

PERÍODO	TIPO	LEITURA
00/0000008	ÚNICA	23/03/2018
23/03/2018	ÚNICA	3872821

NOTA FISCAL	PERÍODO	DATA DE VENCIMENTO	DATA PAGAMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
2278076019	02/2018	02/03/2018	26/03/2018	210,32

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

Consumo ABNO(kWh)
Contribuição Iluminação Pública
ICMS Subvenção-CDE-NF 003194283-27/12/17
Multas por atraso-NF 003194283 - 27/12/17
Juros por atraso-NF 003194283 - 27/12/17
Ajustamento-OPM-NF 003194283 - 27/12/17
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8980 0800 021 8988

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
296.000000	0,88874584	180,59
		7,88
		2,03
		4,98
		1,98
		1,77
		0,86

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR LEITURA	DATA ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
30102162018	CAT	25-01-2018	18.224,00	33-02-2018	18.628,00	28	296.000000

PERÍODO	TIPO	MÉTODO DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPACTO	DETALHAMENTO
FEV18 385					
FEV18 328	ICMS	190,58	26,00	47,84	Gerador de Fimpe
FEV18 340	PIS	190,58	0,87	1,08	Transmissão
FEV18 352	COPRENS	190,58	2,80	4,34	Imposto de Renda
FEV18 362					Impostos Federais
FEV18 374					Total
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					
FEV18 340					
FEV18 352					
FEV18 362					
FEV18 374					
FEV18 385					
FEV18 328					

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 221206 (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 ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosana de M. S. Pivaionte inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.944-25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Françinaldo Gonçalves da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 330.737.164-91, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Françinaldo Gonçalves da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 330.737.164-91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Procuradora Renda: Recusa 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 <u>Rua Francisco Olavo</u>	Número <u>110</u>	Complemento <u>esq</u>
Bairro <u>IPSEP</u>	Cidade <u>Serra Callada</u>	Estado <u>PE</u>
Email	Telefone comercial(DDD) <u>8719634-4907</u>	Telefone celular (DDD) <u>56912-930</u>

S. Callada, 06 de Setembro de 2018
Local e Data

Rosana de M. S. Pivaionte
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francielly Dayse Tiburtino da Silva,

RG nº 9331797, data de expedição 28/05/2018.
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 10.598.384-60, com
domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua PRF 1900, numero de Sanga, nº 165,
complemento lote, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Francielly Dayse T. da Silva, cujo o condutor era
Francielly Dayse T. da Silva.

Veículo: PAS / MOTO NETA

Modelo: HONDA 1C100 BIZ ES

Ano: 2003/2003

Placa: KKK 43 83

Chassi: 9C2H4A07103K086807

Data do Acidente: 14.08.2018

Local e Data: Serra Talhada, 05/09/2018



Francielly Dayse T. Tiburtino da Silva

Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
Telefone: (87) 30311-8224

Reconheço a Firma por autenticidade da FRANCIELLY DAYSE TIBURTINO DA SILVA, Deu Faz. Serra Talhada - PE.
Em Teste () da Declarante. () do Delegado Titular da Delegacia Titular e Of. do Prostes
Silva - Titular () Mário Lucio da Cunha -
Substituta. Emol. - R\$ 3,39 TFRP - R\$ 0,00. PFRP - R\$ 0,00

Selo: 0074872.A0708201803.00052.00/09/2018 10:16:00

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/autenticidade

Reginaldo Anísio da Silva
Delegado Titular e Of. do Prostes