

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190469610 **Cidade:** Triunfo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES **Data do acidente:** 05/06/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PÉ

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO APRESENTA PERDA DE TECIDO DO PÉ , DOR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO HÁLUX E
físico: APRESENTA DISCRETA MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: APRESENTA LIMITAÇÃO PARA A MOBILIDADE E DOR A PALPAÇÃO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/08/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190469610 **Cidade:** Triunfo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES **Data do acidente:** 05/06/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE HÁLUX E METATARSO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: **4 ANOS

*SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270718/19

Número do Sinistro: 3190469610

Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES

CPF: 064.809.724-22

CPF de: Representante

Data do acidente: 05/06/2019

Titular do CPF: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSE RONALDO GOMES DA SILVA : 064.809.724-22

Autorização de pagamento

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: 22/08/2019
Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO
CPF: 452.545.084-34

ANTONIO PEREIRA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/08/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270718/19

Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES

CPF: 064.809.724-22

CPF de: Representante

Data do acidente: 05/06/2019

Titular do CPF: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de registro de acidente declarado
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 RONALDO GOMES DA SILVA : 064.809.724-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES : 064.809.724-22

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.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/08/2019
Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO
CPF: 452.545.084-34

ANTONIO PEREIRA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/08/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

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, 13 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190469610

Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES

Data do Acidente: 05/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE RONALDO GOMES 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, 27 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190469610

Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES

Data do Acidente: 05/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

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



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 Setembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190469610**

Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES

Data do Acidente: 05/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

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

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

Recebedor: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 001

Agência: 000002739-1

Conta: 0000021527-9

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
 2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
 - 11 - ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES

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 RONALDO GOMES DA SILVA 6 - CPF: 064.809.724-22
 7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: ST. BOM JESUS 9 - Número: 23 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: TRIUNFO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.870-000
 15 - E-mail: TAINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 04-9935-5533

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: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA
 18 - CPF do Representante Legal: 064.809.724-22 19 - Profissão do Representante Legal: RECUSO

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

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: 2739 CONTA: 31.327
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivinascer): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avôs 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 rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FLORES - PE 05/08/2019

08 AGO 2019

João Rangel Gomes da Silva 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Antônio J. L. 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
 - 11 - ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES

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 RONALDO GOMES DA SILVA 6 - CPF: 064.809.724-22
 7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: ST. BOM JESUS 9 - Número: 23 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: TRIUNFO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.870-000
 15 - E-mail: TAINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 04-9935-5533

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: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA 18 - CPF do Representante Legal: 064.809.724-22 19 - Profissão do Representante Legal: RECUSO

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

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

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

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
 Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
 AGÊNCIA: 2739 CONTA: 31.327 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Peço motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
 28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivendo): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avôs 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 rogo/a pedido
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

 40 - Local e Data, FLORES - PE 05/08/2019

08 AGO 2019

 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  43 - Assinatura do Procurador (se houver)
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
— 11 — **ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES**

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 RONALDO GOMES DA SILVA			6 - CPF:	064.803.724-22
7 - Profissão:	RECURO			8 - Endereço:	ST. DOM JESUS
9 - Número:	23			10 - Complemento:	CASA
11 - Bairro:	ZONA RURAL			12 - Cidade:	TRIUNFO
13 - Estado:	PE			14 - CEP:	56.870-000
15 - E-mail:	TOINHODEAMILIA@HOTMAIL.COM			16 - Tel.(DDD):	84-9735-5533

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: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA	18 - CPF do Representante Legal: 064.809.724-22	19 - Profissão do Representante Legal: REVISOR
--	---	--

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

30 - BIENDA MENSAL DO TITULO DA CONTA:

RECURSO 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:	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA:	<input type="text" value=" "/>	<input type="text" value=" "/>
CONTA:	<input type="text" value=" "/>	<input type="text" value=" "/>
<small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
Nome do BANCO: <u>BANCO DO BRASIL</u>		
AGÊNCIA:	<input type="text" value="2739"/>	<input type="text" value="1"/>
CONTA:	<input type="text" value="21.527"/>	<input type="text" value="9"/>
<small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>		

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinar uma das opções):**

- Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:	
- Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
- Vítima de filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar	30 - Vítima deixou	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima	32 - Se tinha irmãos, informar	33 - Vítima deixou
	<input type="checkbox"/> Não	Vivos: Falecidos:	nascer ou não nascer?	<input type="checkbox"/> Não	teve irmãos?	Vivos: Falecidos:	pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devita, 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 rogo/a pedido

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

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

38 - 18 | Name: _____

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 28 | Nome: _____

CPF:

REFERENCES AND NOTES

40 - Local e Data, FLORES - PE 05/08/2019

Res. Goméz da Silveira 41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Anto 2.1 AGO 201

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
19/08/2019 - Autoatendimento - 15:39:38
105074889 8982

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO	JOSE RONALDO GOMES SILVA
AGÊNCIA:	2739-1
CONTA:	21.527-9
VALOR *	5,00
NR. ENVELOPE	2.289.226.436

* Acertado em: 19/08/2019, na Agência 1050-X.

SEU ENVELOPE SERÁ PROCESSADO
NO PRÓXIMO DIA ÚTIL.

*VALOR SUJEITO A CONFIRMAÇÃO

Depositos realizados durante o expediente
bancario serão conferidos e processados
ate as 23h59 do mesmo dia. Apes o expediente
bancario, aos sábados, domingos e feriados,
ate as 23h59 do primeiro dia útil subsequente.

Se houver divergência no valor depositado,
o envelope sera processado pelo valor
apurado. Envelopes vazios não serão abertos
e permanecerão disponíveis por 60 dias na
agencia onde foi depositado, para visualização.

Acompanhe o processamento do seu deposito nos
canais BB na opção "Consulta Envelope":
Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Eletrônico
Central de atendimento BB: 4003-8148
(capitais e regiões metropolitanas)
ou 0800-729-8148 (demais localidades).

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
19/08/2019 - Autotendimento - 15:39:38
105074889 892

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO	JOSE RONALDO GOMES SILVA
AGÊNCIA:	2729-1
CONTA:	21.527-9
VALOR *	5,00
NR. ENVELOPE	2.039.226.436

* Acolhido em: 19/08/2019, na Agência 1050-X.

SEU ENVELOPE SERÁ PROCESSADO
NO PRÓXIMO DIA ÚTIL.

* VALOR SUJEITO A CONFERÊNCIA

Depositos realizados durante o expediente
bancario serao conferidos e processados
ate as 23h59 do mesmo dia. Apes o expediente
bancario, aos sábados, domingos e feriados,
ate as 23h59 do primeiro dia útil subsequente.

Se houver divergência no valor depositado,
o envelope sera processado pelo valor
apurado. Envelopes vazios nao serao abertos
e permanecerao disponiveis por 60 dias na
agencia onde foi depositado, para visualizacao.

Acompanhe o processamento do seu deposito nos
canais BB na opção "Consulta Envelope":
Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Eletronico
Central de atendimento BB: 4003-8148
(capitais e regiões metropolitanas)
ou 0800-729-8148 (demais localidades).

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190469610
Nome do(a) Examinado(a): Anna Beatriz da Sivca Gomes
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Bom Jesus, S/N
Alto do Bom Jesus Triunfo PE CEP: 56870-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 6680564
Data local do acidente: [05/06/2019]
Data local do exame: [30/08/2019] 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 DO PÉ

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

Tratamento: REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA.
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 13/08/2019

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

AO EXAME FÍSICO APRESENTA PERDA DE TECIDO DO PÉ , DOR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO HÁLUX E APRESENTA DISCRETA MARCHA CLAUDICANTE.

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

(X) Sim Não

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

(X) Sim Não

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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):

Região Corporal (Sequela):

PÉ - Lado Direito

% do dano: **(X) 10% residual** 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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. Chenene 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 181^ª CIRCUNSCRICAO - TRIUNFO -
DP181^ªCIRC DINTER2/21^ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0271000194

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 07/06/2019 às 22:57

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 5/6/2019 às 06:30

Natureza Jurídica: **ATROPELAMENTO (MOTOCICLETA)**
Fato ocorrido no endereço: **LADEIRA DO SITIO BOM JESUS (LADEIRA NOVA DO SESC), BAR DE GOVEIA - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL** Proximo a RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, 81 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**RODRIGO LOPES DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
LIEGEN LOPES DA SILVA (OUTRO)
ANNA ROBERTA GONÇALVES DE PADUA (TESTEMUNHA)
ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sra(a) **RODRIGO LOPES DA SILVA**

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

ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES (não presente ao plantão) - Sexo Feminino Mês: **LIEGEN LOPES DA SILVA** Pai: **JOSE RONALDO GOMES DA SILVA** Data de Nascimento: **15/2/2015** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10735633/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Telefones/ Celulares: **598872814**

Residência: **CASAS POPULARES (SITIO BOM JESUS) - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL** Endereço: **RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, 12 - CEP: 54688-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

LIEGEN LOPES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mês: **MARIA DO SOCORRO LIMA DA SILVA** Pai: **MANOEL LOPES DA SILVA** Data de Nascimento: **8/12/1988** Naturalidade: **TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **18823888/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones/ Celulares: **598872814**

08 AGO 2019

Residencial CASAS POPULARES (SITIO BOM JESUS) - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL
 Próximo a RUA MUNICÍPIO DE TRIUNFO, 12 - CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO -
 TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL

RODRIGO LOPES DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
 GERALDA MARIA PAI: IVALTECIO LOPES DA SILVA Data de Nascimento: 8/2/1986
 Naturalidade: BELEM DO SÃO FRANCISCO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
 7820985/SDS/PE (RG), 00762378454 (CPF), 05320114665 (CNH) Estado Civil: CASADO(A)
 Escaladade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
 98182373

Residencial SITIO MATA REDONDA , PROPRIEDADE DE CARIBÉ -
 TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a RUA MUNICÍPIO DE TRIUNFO, 81 - CEP:
 54000-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROPRIEDADE DE
 CARIBÉ

IVANA ROBERTA GONÇALVES DE PADUA (presente no plantão) - Sexo:
 Feminino Mãe: MARIA MOGUEIRA DE PADUA PAI: JOSE LOPES DE PADUA Data de
 Nascimento: 21/1/1978 Naturalidade: TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
 5218931/SSP/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escaladade: 1º. GRAU INCOMPLETO
 Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
 96467543

Residencial CASAS POPULARES (SITIO BOM JESUS) - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL
 Próximo a RUA MUNICÍPIO DE TRIUNFO, 03 - CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO -
 TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a) RODRIGO LOPES DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: N/A
 Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PGM3284 (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: 035932673 Chassi:

SC2KD0640ER011338

Ano/Fabricação/Modelo: 2013/2014 Combustível: ALCO/GASOL

Descrição: HONDA NXR 150 BROS ESD, DE COR PRETA, ANO 2013/2014, PLACA
 PGM-3284/SERRA TALHADA

Complemento / Observação

ESTA DELEGACIA DE POLICIA FOI INFORMADA POR FAMILARES DA VITIMA, QUE NO DIA 05 DE JUNHO DE 2018, POR VOLTA DAS 06:30 HORAS DA MANHA A MENOR DE NOME ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES TERIA SIDO ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA DE COR PRETA NAS PROXIMIDADES DO BAR DE GOVEIA NA LADEIRA DE ACESSO NOVO AO HOTEL DO SESC. SEGUNDO FAMILARES A CRIANÇA VINHA NA COMPANHIA DA MÃE DE NOME LIEGEN LOPES DA SILVA E DE UMA OUTRA SENHORA DE NOME IVANA ROBERTA GONÇALVES. AINDA SEGUNDO FAMILARES O AUTOR DO ACIDENTE QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA ERA A PESSOA DE RODRIGO LOPES DA SILVA O QUAL RELATOU QUE TERIA PERDIDO O CONTROLE DA MOTOCICLETA DEPOIS QUE A MESMA TERIA FURADO O PNEU DIANTEIRO, NAO DANDO TEMPO DE LIVRAR AS TRÊS PESSOAS QUE FORAM ATINGIDAS NO MOMENTO DA COLISÃO (ATROPELAMENTO). A CRIANÇA ENVOLVIDA NO ACIDENTE DE APENAS 04 ANOS FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LOCAL E EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DE AFOGADOS DA INGAZERIA COM PROVAVEL FRATURA NO PE DIREITO COMO CONSTOU O LAUDO MEDICO NO PRIMEIRO ATENDIMENTO. O CONDUTOR DA MOTOCICLETA E AS OUTRAS DUAS PESSOAS QUE ACOMPANHAVAM A CRIANÇA TIVERAM LESÕES SEM GRAVIDADE. A MOTOCICLETA ENVOLVIDA NO ACIDENTE NAO FOI APREENDIDA TENDO O CONDUTOR ENVOLVIDO APRESENTADO APENAS O DOCUMENTO NO DIA SEGUINTE AO FATO.

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

LIEGEN LOPES DA SILVA
(OUTRO)

RODRIGO LOPES DA SILVA
(AUTOR / AGENTE)

IVANA ROBERTA GONÇALVES DE PADUA
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: THONY ALEXANDRE ANTAS RODRIGUES



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
 - 11 - ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES

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 RONALDO GOMES DA SILVA 6 - CPF: 064.809.724-22
 7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: ST. BOM JESUS 9 - Número: 23 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: TRIUNFO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.870-000
 15 - E-mail: TAINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 04-9935-5533

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: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA 18 - CPF do Representante Legal: 064.809.724-22 19 - Profissão do Representante Legal: RECUSO

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

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

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

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
 Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
 AGÊNCIA: 2739 CONTA: 31.327 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Peço motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

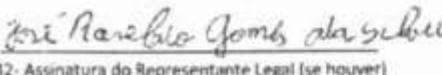
 23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
 28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivendo): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avôs 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 rogo/a pedido
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

 40 - Local e Data, FLORES - PE 05/08/2019

08 AGO 2019

 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES
MATRÍCULA:
1311930155 2015 1 00068 130 0015708 47

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO
Quinze de Fevereiro de Dois Mil e Quinze

DIA 15 MÊS 2 ANO 2015

HORA 06:55 MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF
Serra Talhada - PE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UF
Triunfo - PE

LOCAL DE NASCIMENTO HOSPITAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES

SEXO
Feminino

FILIAÇÃO
LIEGEN LOPES DA SILVA e JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

AVÓS
MARIA DO SOCORRO LIMA DA SILVA e MANOEL LOPES DA SILVA
FRANCISCA GOMES DA SILVA

GÊMEO NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)
NÃO

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO
Dez de Março de Dois Mil e Quinze

NÚMERO DA DNV

30642171060

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES
ATO GRATUITO

Certidão do Registro Civil de Triunfo

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Deu fé.

Triunfo, 10 de maio de 2015

TRIUNFO
RUA CEL MONTEIRO, 72 - CEP: 56370-000 - Centro - Triunfo - PE



O conteúdo deste documento foi assinado digitalmente pelo Oficial do Registro Civil.
Para verificar a sua autenticidade acesse o site abaixo:
<https://www.programaminhacertidao.pe.gov.br/autenticacaocertidao.jsp>
Informe o código: 094F7A00-03C3-427E-BD53-1E2D3FC2D9A0

Data da Assinatura: 10/03/2015 15:18:18

08 AGO 2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO

Fundo Municipal de Saúde

UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Data e Hora:	05-06-19 07:08	Nº. Ocorrência
Nome:	Vila Bela/Carolina Silveira Gomes	Data Nascimento: 15-02-75
Profissão:	Sexo: F	Doc. Ident.:
End.:	Cury, Olá, Itaipu - Sít. Bom Jesus	
Responsável:	Luzemir Fagundes da Silveira (mãe)	
End/Fone:	não informado	
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/>		

Pressão Arterial:	P脉:	Temperatura:
Histórico e Exame Físico:		
<p>Morreu trágico no acidente deixa a testemunha da coluna de moto com quebra de uma tira. Sua morte é devido ao choque. Nós vimos com raiva. Só falei: Cê pegou esse trânsito que é ruim - disse. DR. LUIZ CARLOS DA SILVA - CRM-FE 38750</p>		

Tratamento:	<p>Foi levado a um hospital e lá faleceu?</p> <p>Só falei: Cê pegou esse trânsito que é ruim - disse. DR. LUIZ CARLOS DA SILVA - CRM-FE 38750</p>
5 56 99259	
HOSPITAL.	
08 AGO 2019	

Impressão Diagnóstica:	Dr. Christovam Carvalho Marques CRM-FE 22636
------------------------	---

Destino do Paciente Removido para Hospital	Residência <input type="checkbox"/>	Internado <input type="checkbox"/>	Transferido <input type="checkbox"/>
Óbito às	horas do dia		

Médico - Carimbo e CRM:	COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO
-------------------------	---------------------------------

CELPE

CEP 50130-002

CNPJ 12.230.301/0001-06 | Insc. Est. 200047-63 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
LUCILENE GOMES DA SILVAENDERÉCOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
S1-BOM JESU-6-23

CPF: 101.048.714-27 NIS: 18358725549

TRUNFO/TRUNFO
TRUNFO PE
58670-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
DATA RECHAGA: 10/06/2019

DATA CONTROLE

06/2019

DATA DA RECHAGA: 10/06/2019
CÓDIGO: 1014-04
DATA DE VENCIMENTO: 18/07/2019
IMPRESA/AGÊNCIA: 1014102114
DATA DE VENCIMENTO: 17/06/2019DATA DO VENCIMENTO: 18/07/2019
VALOR APAGADO: 5,90

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL:

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30.000,000	0,19506100	5,85
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	1.000,000	0,21724757	0,21
Acréscimo Bônus da ANEELA			0,04

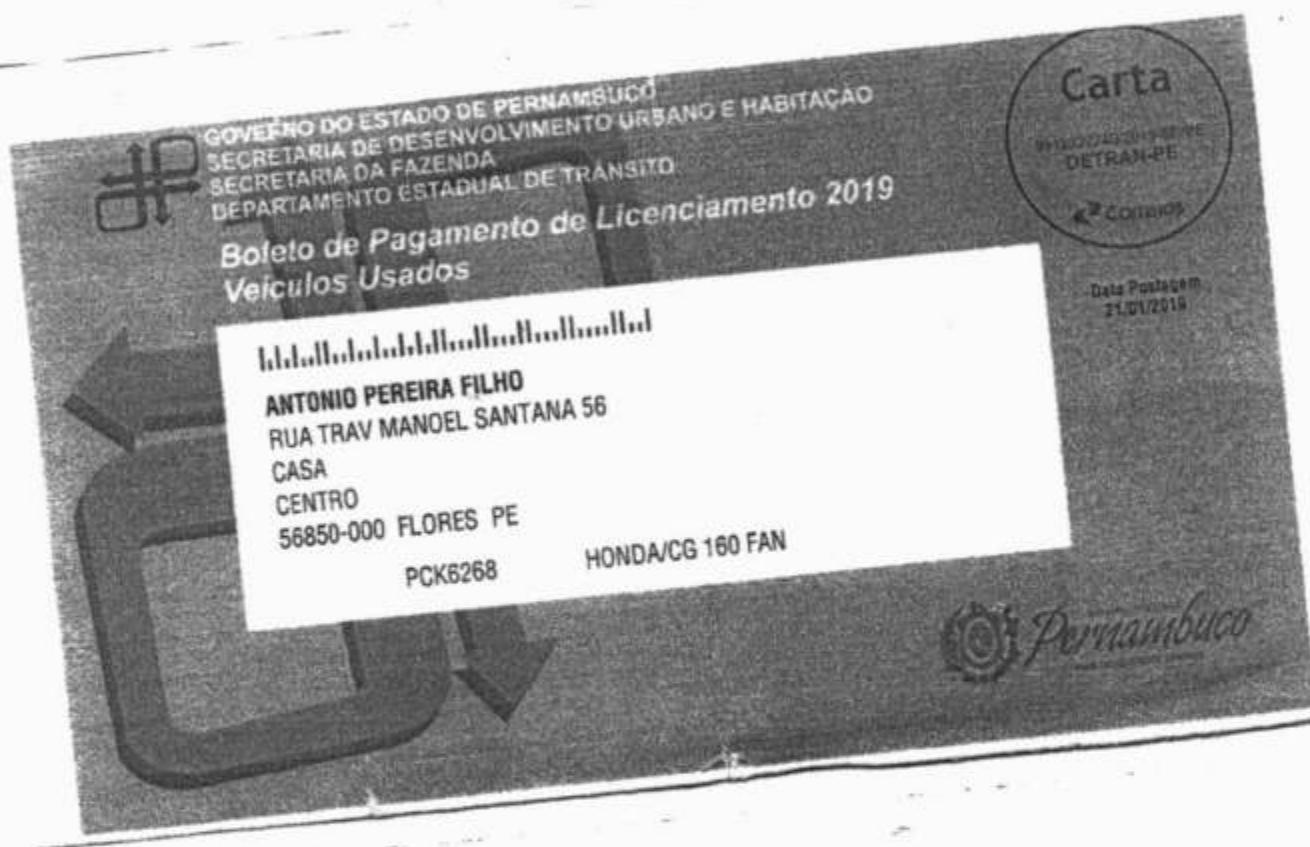
TOTAL DA FATURA: 5,90

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR LEITURA	DATA ATUAL LEITURA	MÉDIA DIÁRIA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (R\$)
112118800	CMT	17/06/2019	2095,40	17.06.2019	3.860,00	31	31,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO DE CONSUMO	DESCRIÇÃO DO CONSUMO	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
JUN/19	Ativo	0,77	0,38%
JUL/19	0,00	0,00	0,00%
AGO/19	0,00	0,00	0,00%
SETE/19	0,00	0,00	0,00%
OUT/19	0,00	0,00	0,00%
NOV/19	0,00	0,00	0,00%
DEZ/19	0,00	0,00	0,00%
JAN/20	0,00	0,00	0,00%
FEB/20	0,00	0,00	0,00%
MAR/20	0,00	0,00	0,00%
ABR/20	0,00	0,00	0,00%
MAY/20	0,00	0,00	0,00%
JUN/20	0,00	0,00	0,00%
JUL/20	0,00	0,00	0,00%
AGO/20	0,00	0,00	0,00%
SETE/20	0,00	0,00	0,00%
OUT/20	0,00	0,00	0,00%
NOV/20	0,00	0,00	0,00%
DEZ/20	0,00	0,00	0,00%
JAN/21	0,00	0,00	0,00%
FEB/21	0,00	0,00	0,00%
MAR/21	0,00	0,00	0,00%
ABR/21	0,00	0,00	0,00%
MAY/21	0,00	0,00	0,00%
JUN/21	0,00	0,00	0,00%
JUL/21	0,00	0,00	0,00%
AGO/21	0,00	0,00	0,00%
SETE/21	0,00	0,00	0,00%
OUT/21	0,00	0,00	0,00%
NOV/21	0,00	0,00	0,00%
DEZ/21	0,00	0,00	0,00%
JAN/22	0,00	0,00	0,00%
FEB/22	0,00	0,00	0,00%
MAR/22	0,00	0,00	0,00%
ABR/22	0,00	0,00	0,00%
MAY/22	0,00	0,00	0,00%
JUN/22	0,00	0,00	0,00%
JUL/22	0,00	0,00	0,00%
AGO/22	0,00	0,00	0,00%
SETE/22	0,00	0,00	0,00%
OUT/22	0,00	0,00	0,00%
NOV/22	0,00	0,00	0,00%
DEZ/22	0,00	0,00	0,00%
JAN/23	0,00	0,00	0,00%
FEB/23	0,00	0,00	0,00%
MAR/23	0,00	0,00	0,00%
ABR/23	0,00	0,00	0,00%
MAY/23	0,00	0,00	0,00%
JUN/23	0,00	0,00	0,00%
JUL/23	0,00	0,00	0,00%
AGO/23	0,00	0,00	0,00%
SETE/23	0,00	0,00	0,00%
OUT/23	0,00	0,00	0,00%
NOV/23	0,00	0,00	0,00%
DEZ/23	0,00	0,00	0,00%
JAN/24	0,00	0,00	0,00%
FEB/24	0,00	0,00	0,00%
MAR/24	0,00	0,00	0,00%
ABR/24	0,00	0,00	0,00%
MAY/24	0,00	0,00	0,00%
JUN/24	0,00	0,00	0,00%
JUL/24	0,00	0,00	0,00%
AGO/24	0,00	0,00	0,00%
SETE/24	0,00	0,00	0,00%
OUT/24	0,00	0,00	0,00%
NOV/24	0,00	0,00	0,00%
DEZ/24	0,00	0,00	0,00%
JAN/25	0,00	0,00	0,00%
FEB/25	0,00	0,00	0,00%
MAR/25	0,00	0,00	0,00%
ABR/25	0,00	0,00	0,00%
MAY/25	0,00	0,00	0,00%
JUN/25	0,00	0,00	0,00%
JUL/25	0,00	0,00	0,00%
AGO/25	0,00	0,00	0,00%
SETE/25	0,00	0,00	0,00%
OUT/25	0,00	0,00	0,00%
NOV/25	0,00	0,00	0,00%
DEZ/25	0,00	0,00	0,00%
JAN/26	0,00	0,00	0,00%
FEB/26	0,00	0,00	0,00%
MAR/26	0,00	0,00	0,00%
ABR/26	0,00	0,00	0,00%
MAY/26	0,00	0,00	0,00%
JUN/26	0,00	0,00	0,00%
JUL/26	0,00	0,00	0,00%
AGO/26	0,00	0,00	0,00%
SETE/26	0,00	0,00	0,00%
OUT/26	0,00	0,00	0,00%
NOV/26	0,00	0,00	0,00%
DEZ/26	0,00	0,00	0,00%
JAN/27	0,00	0,00	0,00%
FEB/27	0,00	0,00	0,00%
MAR/27	0,00	0,00	0,00%
ABR/27	0,00	0,00	0,00%
MAY/27	0,00	0,00	0,00%
JUN/27	0,00	0,00	0,00%
JUL/27	0,00	0,00	0,00%
AGO/27	0,00	0,00	0,00%
SETE/27	0,00	0,00	0,00%
OUT/27	0,00	0,00	0,00%
NOV/27	0,00	0,00	0,00%
DEZ/27	0,00	0,00	0,00%
JAN/28	0,00	0,00	0,00%
FEB/28	0,00	0,00	0,00%
MAR/28	0,00	0,00	0,00%
ABR/28	0,00	0,00	0,00%
MAY/28	0,00	0,00	0,00%
JUN/28	0,00	0,00	0,00%
JUL/28	0,00	0,00	0,00%
AGO/28	0,00	0,00	0,00%
SETE/28	0,00	0,00	0,00%
OUT/28	0,00	0,00	0,00%
NOV/28	0,00	0,00	0,00%
DEZ/28	0,00	0,00	0,00%
JAN/29	0,00	0,00	0,00%
FEB/29	0,00	0,00	0,00%
MAR/29	0,00	0,00	0,00%
ABR/29	0,00	0,00	0,00%
MAY/29	0,00	0,00	0,00%
JUN/29	0,00	0,00	0,00%
JUL/29	0,00	0,00	0,00%
AGO/29	0,00	0,00	0,00%
SETE/29	0,00	0,00	0,00%
OUT/29	0,00	0,00	0,00%
NOV/29	0,00	0,00	0,00%
DEZ/29	0,00	0,00	0,00%
JAN/30	0,00	0,00	0,00%
FEB/30	0,00	0,00	0,00%
MAR/30	0,00	0,00	0,00%
ABR/30	0,00	0,00	0,00%
MAY/30	0,00	0,00	0,00%
JUN/30	0,00	0,00	0,00%
JUL/30	0,00	0,00	0,00%
AGO/30	0,00	0,00	0,00%
SETE/30	0,00	0,00	0,00%
OUT/30	0,00	0,00	0,00%
NOV/30	0,00	0,00	0,00%
DEZ/30	0,00	0,00	0,00%
JAN/31	0,00	0,00	0,00%
FEB/31	0,00	0,00	0,00%
MAR/31	0,00	0,00	0,00%
ABR/31	0,00	0,00	0,00%
MAY/31	0,00	0,00	0,00%
JUN/31	0,00	0,00	0,00%
JUL/31	0,00	0,00	0,00%
AGO/31	0,00	0,00	0,00%
SETE/31	0,00	0,00	0,00%
OUT/31	0,00	0,00	0,00%
NOV/31	0,00	0,00	0,00%
DEZ/31	0,00	0,00	0,00%
JAN/32	0,00	0,00	0,00%
FEB/32	0,00	0,00	0,00%
MAR/32	0,00	0,00	0,00%
ABR/32	0,00	0,00	0,00%
MAY/32	0,00	0,00	0,00%
JUN/32	0,00	0,00	0,00%
JUL/32	0,00	0,00	0,00%
AGO/32	0,00	0,00	0,00%
SETE/32	0,00	0,00	0,00%
OUT/32	0,00	0,00	0,00%
NOV/32	0,00	0,00	0,00%
DEZ/32	0,00	0,00	0,00%
JAN/33	0,00	0,00	0,00%
FEB/33	0,00	0,00	0,00%
MAR/33	0,00	0,00	0,00%
ABR/33	0,00	0,00	0,00%
MAY/33	0,00	0,00	0,00%
JUN/33	0,00	0,00	0,00%
JUL/33	0,00	0,00	0,00%
AGO/33	0,00	0,00	0,00%
SETE/33	0,00	0,00	0,00%
OUT/33	0,00	0,00	0,00%
NOV/33	0,00	0,00	0,00%
DEZ/33	0,00	0,00	0,00%
JAN/34	0,00	0,00	0,00%
FEB/34	0,00	0,00	0,00%
MAR/34	0,00	0,00	0,00%
ABR/34	0,00	0,00	0,00%
MAY/34	0,00	0,00	0,00%
JUN/34	0,00	0,00	0,00%
JUL/34	0,00	0,00	0,00%
AGO/34	0,00	0,00	0,00%
SETE/34	0,00	0,00	0,00%
OUT/34	0,00	0,00	0,00%
NOV/34	0,00	0,00	0,00%
DEZ/34	0,00	0,00	0,00%
JAN/35	0,00	0,00	0,00%
FEB/35	0,00	0,00	0,00%
MAR/35	0,00	0,00	0,00%
ABR/35	0,00	0,00	0,00%
MAY/35	0,00	0,00	0,00%
JUN/35	0,00	0,00	0,00%
JUL/35	0,00	0,00	0,00%
AGO/35	0,00	0,00	0,00%
SETE/35	0,00	0,00	0,00%
OUT/35	0,00	0,00	0,00%
NOV/35	0,00	0,00	0,00%
DEZ/35	0,00	0,00	0,00%
JAN/36	0,00	0,00	0,00%
FEB/36	0,00	0,00	0,00%
MAR/36	0,00	0,00	0,00%
ABR/36	0,00	0,00	0,00%
MAY/36	0,00	0,00	0,00%
JUN/36	0,00	0,00	0,00%
JUL/36	0,00	0,00	0,00%
AGO/36	0,00	0,00	0,00%
SETE/36	0,00	0,00	0,00%
OUT/36	0,00	0,00	0,00%
NOV/36	0,00	0,00	0,00%
DEZ/36	0,00	0,00	0,00%
JAN/37	0,00	0,00	0,00%
FEB/37	0,00	0,00	0,00%
MAR/37	0,00	0,00	0,00%
ABR/37	0,00	0,00	0,00%
MAY/37	0,00	0,00	0,00%
JUN/37	0,00	0,00	0,00%
JUL/37	0,00	0,00	0,00%
AGO/37	0,00	0,00	0,00%
SETE/37	0,00	0,00	0,00%
OUT/37	0,00	0,00	0,00%
NOV/37	0,00	0,00	0,00%
DEZ/37	0,00	0,00	0,00%
JAN/38	0,00	0,00	0,00%
FEB/38	0,00	0,00	0,00%
MAR/38	0,00		



08 AGO 2019



Tributo Social da Energia Elétrica Criado pela Lei 10.438, de 25/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Pernambuco
Av. 24 de Setembro, 111 - Bessa - Recife - PE - CEP 50020-002
CNPJ 10.305.282/0001-09 | Inscrição Estadual 0005943-90 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DAS GRACAS DA SILVA BARBOSA

CPF: 901.700.914-49 NIS: 20218407483

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BARAUNA/CMM/MS

DATA DE INSCRIÇÃO	DATA DE LEITURA	DATA DE VENCIMENTO
01/01/1988	01/01/1988	31/07/2019
24/01/2019	20/04/2019	11/04/2019

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MANGEL SANTANA 56 B

CENTRO/FLORES
FLORES/PE
56650-000

DATA DE VENCIMENTO	MES/ANO
4005938882	07/2019
31/07/2019	23/08/2019
	248,40

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 10 kWh	30.000,0000	0,261480729	7,83
Consumo Ativo superior a 10 até 100 kWh	70.000,0000	0,44649992	31,25
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120.000,0000	0,689742699	80,38
Consumo Ativo superior a 220 kWh	80.000,0000	5,74418654	73,87
Acréscimo Bônus para AMARELA			3,79
Centro: Ium - Pública Municipal			46,94
ICMS Subvenção: CDE-UF 000144177-24/ES/TF			1,47
ICMS Subvenção Bônus Renda			2,55
Multa por atraso - NF 087090780 - 22/06/19			3,76
Juros por atraso - NF 087090780 - 22/06/19			0,50
Alavancagem IPM/UF 087090780 - 22/06/19			0,06
Compensação CMC 05/19			4,34
Bônus ITA/PE - nº 31 da Lep 10.438/2002			2,21

TOTAL DA FATURA

248,40

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL						
IP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR LEITURA	DATA ATUAL LEITURA	IP/PER	CONSTANTE	AJUSTE
088889	CAT	1008889	40.236,00	1497093	41.957,00	0,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO		DEMONSTRATIVO DE SUBSTÂNCIAS		DEMONSTRATIVO DE TAXAS	
Março 2019		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	Variação do Índice
12/19 273		ICMS	100,07	26,06 44,21	1,42
ABR/19 323		PIB	100,07	3,00 1,01	48,12
MAR/19 248		COPREB	100,07	3,00 7,30	20,92%
ABR/19 200					Parceria de Energia
MAR/19 338					Investigações Fiscais
FEV/19 313					IRRF
JAN/19 365					Total
DEZ/18 391					0,00 0,00
NOV/18 432					100%
OUT/18 359					
MAR/19 318					
ABR/19 274					
ABR/19 340					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES					
Reservado ao consumidor o direito de recorrer ao Juiz competente, se houver alguma irregularidade na prestação do serviço ou na cobrança de valores. Mais informações, entre em contato com a Companhia Energética do Pernambuco (CELEPE), através do número 0800-7241000, ou no endereço: Rua 10 de Julho, nº 2000, Centro, Recife, PE, 50020-002, ou através do e-mail: atendimento@celpe.com.br. O Juiz, no entanto, não é responsável por ações de cobrança de débitos, que devem ser feitas diretamente com a Companhia.					

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DAS SUBSTÂNCIAS					TAXAS DE CONSUMO		
PERÍODO	VALOR SUBSTÂNCIA	LIMITE MÍNIMO	LIMITE MÁXIMO	LIMITE MÉDIO	TRIBUTO MÍNIMO (R\$)	TRIBUTO MÁXIMO (R\$)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)
01/01/2019	0,38	0,40	10,86	21,79	220	202	231
01/02/2019	1,00	1,00	8,73	13,48			
01/03/2019	0,38	0,31	0,89	0,98			

LIMITE DE VARIAÇÃO: 10,00% - Valores de referência definidos no Sistema de Controle da Celpe - R\$ 10,75

21 AGO 2019

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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, PRÉVIDÊNCIA 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 ANTONIO PEREIRA FILHO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 452.545.084-134, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE RONALDO GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.309.724-22,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima BRUNA BEATRIZ DA SILVA GOMES

inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>TV. MANOEL SANTANA</u>	Número:	<u>56</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>CENTRO</u>	Cidade:	<u>FLORES</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:	<u>TAINHADEAMELIA@HOTMAIL.COM</u>				CEP: <u>56.850-000</u> Tel.(DDD): <u>89.9935-5533</u>

Local e Data: FLORES-PE 05/08/2019

Antônio Pereira

Assinatura do Declarante

08 AGO 2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO
Fundo Municipal de Saúde
UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY
BOLETIM DE EMERGÊNCIA

0441

Data e Hora:	05/06/19 07:08	Nº. Ocorrência
Nome:	Wila Beltrizete Siqueira Coimbra	Data Nascimento: 15-02-15
Profissão:	Sexo: F	Doc. Ident.:
End.:	Casa de Habitação - Sítio Bonfim	
Responsável:	Larney Siqueira Siqueira (mãe)	
End/Fone:	não informado	
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/>		

Pressão Arterial:	P脉:	Temperatura:
-------------------	-----	--------------

Histórico e Exame Físico:

Menor ferimento no queixo direito e ferimento no colo de volta com
dor no braço direito. Sintoma de dor no pé direito. Não responde com vento.

Exame: Orelha direita hiperestimulada quando apertada e dor.

- DR. WILSON S. RODRIGUES

Tratamento: Fazendo gelo e dor no pé direito.

* 1.º Caudino? fratura?

Solicita indicação do hospital

- S. S6 99259.

HOSPITAL.

Impressão Diagnóstica:

Dr. Cleiton de Carvalho Marques
CRM-RJ 2636

08 AGO 2019

Destino do Paciente Removido para Hospital	Residência <input type="checkbox"/>	Internado <input type="checkbox"/>	Transferido <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

Óbito às horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
Encaminhamento para Especialista

Unidade de Origem:

Paciente: ...

Registro: ...

Dados Clínicos: ...

Exames Complementares Resultados: ...

Hipótese Diagnóstica: ...

Conduta Adotada: ...

Justificativa do Encaminhamento: ...

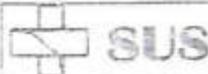
LOCAL: Na Unidade de Origem
 Na Unidade de Referência
 Outro Serviço

08 AGO 2019

Nome: ...

CRM: ...

Data: ...



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Secretaria
de Saúde
de Pernambuco



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HREC

2 - CNES

2428335

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HREC

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - CARTÃO NACIONAL DA SAÚDE (CNS)

81980046130190161144

6 - SIS PRENATAL

7 - SENHA/REGULAÇÃO

8 - N.º DO PRONTUÁRIO

93462

9 - NOME DO PACIENTE

João Batista dos Santos

10 - DATA DE NASCIMENTO

15/10/2015

11 - SEXO

Masc. Fem.

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Niágara - Carioca de Nasimento

13 - N.º DO TELEFONE DE CONTATO

DDD N.º DO TELEFONE

14 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

B. Bom Jesus - Casas populares -

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

Timóteo

PIE 56180-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRICO CLÍNICO/ EXAME FÍSICO

Fund. Sanguínea - Hb 100% D

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

Prova + Esan. Jh + Me +

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fund. d. Hb 100% D
Fund. d. c. dTT D

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Interv. Dgol

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

onbora

1 CNS + 1 CPF

060781794-99

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

05/06/19

Dr. Marcelo Alves
Acupedia e Traumatologia
Medicina do Trabalho
CRMPE 7011
CREMPE 177

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - N.º DO BILHETE

40 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ DA SEGURODORA

41 - N.º DO BILHETE

42 - CNAE DA EMPRESA

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

45 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

43 - CBOR

46 - EMPREGO

47 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

48 - N.º DA AUTORIZAÇÃO A DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - EMPREGO

48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

08 AGO 2019

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
 FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro N° 11164
 Data 07/08/2019
 Hora 13:45:00

PACIENTE	Nome: <u>Don Brathy da Silva</u> Categória: <u>SLB</u>		
	Sexo: <u>M</u>	Idade: <u>61</u>	Cor: <u>Br</u> Estado Civil: <u>Casado</u>
RESPONSÁVEL	Naturalidade: <u>Brasil</u> Profissão: <u>Funcionário</u>		
	Endereço: <u>R. Henrique da Costa, 1000 - Centro - Recife - PE</u>		
	Pessoa de Quem Depende: <u>Município de Minas Gerais</u> Parentesco: <u>Avô</u>		
ATENÇÃO MÉDICA	Endereço: <u>Av. Presidente da República</u>		
	Internado por Ordem de _____		
	Ass. Médico - CRM		
	<input type="checkbox"/> Clínico	<input checked="" type="checkbox"/> Cirúrgico	Horas do Atendimento Médico
	Pressão Arterial _____	MX _____	MN. _____
Temperatura _____ °C	Peso _____		
Queixa Principal: <u>Fevereiro - Idiota ①</u>			
<u>História da Doença Atual: Pôr catarro a audição e</u> <u>transito (Atrapalhado) - jure - Aggravado pelo</u> <u>Idiota ②</u>			
<u>13.553.588/2019-21</u> <u>HOSPITAL DA CIDADE DE RECIFE</u> <u>Av. Presidente da República, 1000 - Centro - PE 50000-000</u> <u>CEP: 50.000-000 - Recife - PE</u>			
08 AGO 2019			

Laudo de Cirurgia

Nome do Paciente	N.º do Registro	Data Admissão
<i>Mrs. Beatriz da S. Gomes</i>		

Nome do Procedimento Cirúrgico
<i>Ressecção + enxerto cutâneo + sutura</i>

Descrição do ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)							
Data	Inicio	Término	Duração	Gazes	Compr.	Drenos	
11/08/2018	10:11	10:55	44 min	00	00	00	

pr - PNL e SLS anterior frontal lio

- Ressecção + enxerto c/ SPC, aza

- Sutura da pele c/ catgut

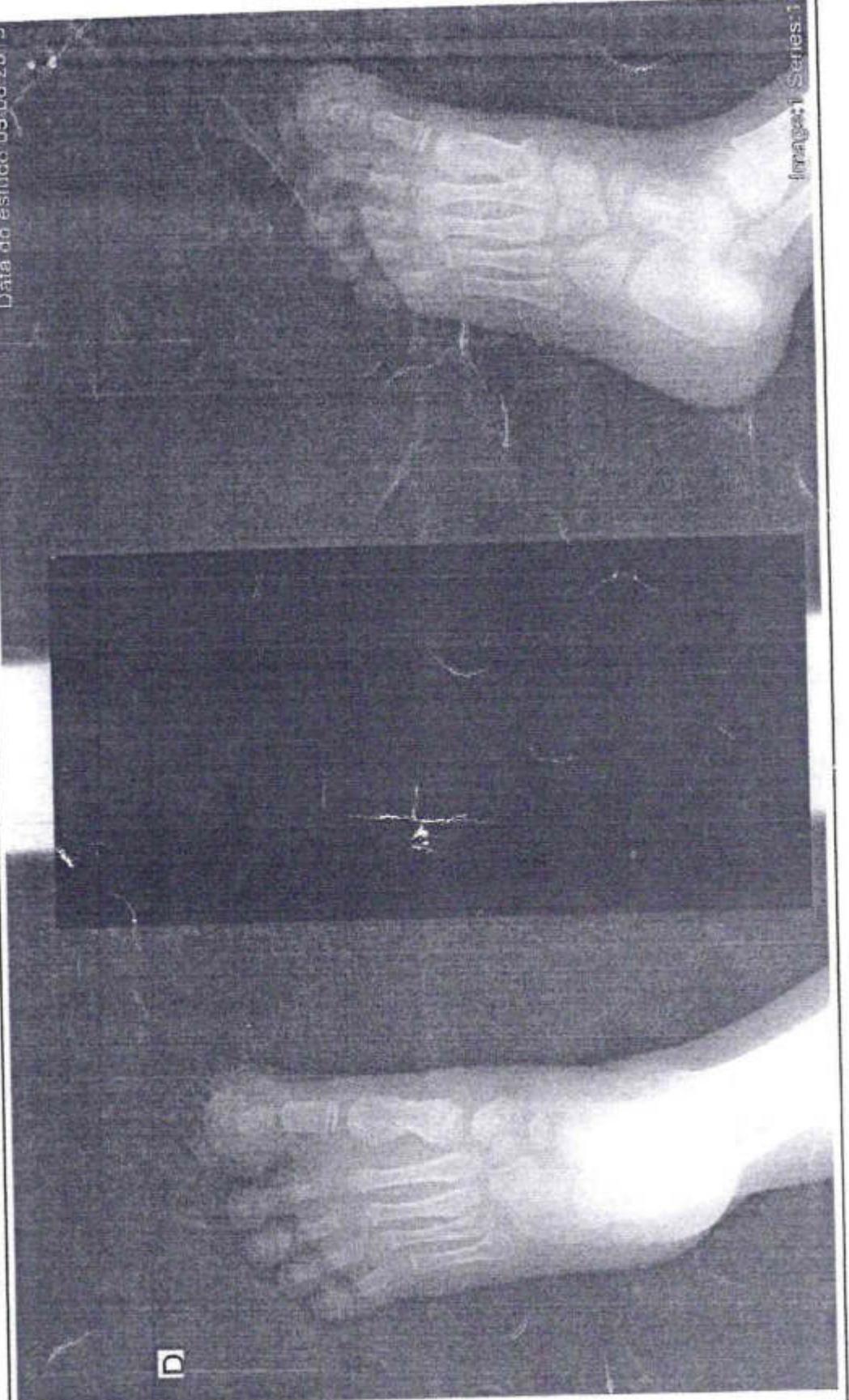
- curto -

- fechamento



08 AGO 2019

1º Auxiliar	2º Auxiliar	Cirurgião
		<i>Dr. Marcelo Alves</i> Ortopedia e Traumatologia Medicina do Trabalho CRM-PB 1311 CREMESP 111 Cadastra 107 2617-1602 9815-7500

PatientID: Name:	2019060512230 ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES	Sex: BirthDate: Age:	Feminino 15.02.2015 4a.	Date do estudo: 05.06.2019	Image: D fotografia 1 Series: 1
					
08 AGO 2019					

HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CAMARA
AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE

GOVERNO DE
Pernambuco

ATESTADO MÉDICO

Atesto que:

Profissão:

está sob os meus cuidados médicos, devendo portanto:

- Afastar-se do trabalho por _____ dias
- Afastar-se das aulas por 30 _____ dias
- Afastar-se da Educação Física por _____ dias
- É portador de deficiência física permanente Incapacidade para sua atividade
- Encaminhado(a) ao INSS para Perícia Médica / Auxílio Doença*
- Acompanhante do paciente _____

* Os atestados Médicos, são apenas referência para a solicitação de benefício junto ao INSS.
São informados diagnósticos, o G.I.D. 10, e o tempo previsto na recuperação.

Para a ciência do Médico Ponto, a avaliação e concessão ou não do benefício pretendido, de acordo com as observações que lhe forem pertinentes e legislação em vigor.

Diagnóstico:

Procedimento:

CID 10:

Afogados da Ingaazeira

19 de 08 de 2019

Dr. Audir Sá
Ortopedista / Traumatologista
CRM-PE 18426

08 AGO 2019

Hospital Regional Emilia Câmara

AFOGADOS DA INGAZEIRA - PERNAMBUCO

RECEITUÁRIO

GOVERNO DE
Pernambuco

Nome:

Endereço:

SL

Almoço refeição
500g

Dr. André Luiz Peixoto
Ortopedia / Traumatologia
CRM PE 19426

Data: 08/08/19

Médico CRM

08/08/19

08 AGO 2019

ANITA BEATRIZ

AO PENSAMENTO

DE
ORDEM

CON

15 DIA

~~M. Leonardo A. Lima
Choperia/Trancoso/Brasil
CRM-PE 2248~~

06/06/19

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES
MATRÍCULA:
1311930155 2015 1 00068 130 0015708 47

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO
Quinze de Fevereiro de Dois Mil e Quinze

DIA 15 MÊS 2 ANO 2015

HORA 06:55 MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF
Serra Talhada - PE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UF
Triunfo - PE

LOCAL DE NASCIMENTO HOSPITAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES

SEXO
Feminino

FILIAÇÃO
LIEGEN LOPES DA SILVA e JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

AVÓS
MARIA DO SOCORRO LIMA DA SILVA e MANOEL LOPES DA SILVA
FRANCISCA GOMES DA SILVA

GÊMEO NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)
NÃO

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO
Dez de Março de Dois Mil e Quinze

NÚMERO DA DNV
30642171060

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES
ATO GRATUITO

Certidão do Registro Civil de Triunfo

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Deu fé.

Triunfo, 10 de maio de 2015

TRIUNFO
RUA CEL MONTEIRO, 72 - CEP: 56370-000 - Centro - Triunfo - PE



O conteúdo deste documento foi assinado digitalmente pelo Oficial do Registro Civil.
Para verificar a sua autenticidade acesse o site abaixo:
<https://www.programaminha.certidao.pe.gov.br/autenticacaocertidao.jsp>
Informe o código: 094F7A00-03C3-427E-BD53-1E2D3FC2D9A0

Data da Assinatura: 10/03/2015 15:18:18

08 AGO 2019



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **064.809.724-22**

Nome: **JOSE RONALDO GOMES DA SILVA**

Data de Nascimento: **12/08/1983**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **31/01/2004**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:13:25** do dia **08/08/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **3BB5.5A21.ED13.7D14**



Este documento não substitui o ["Comprovante de Inscrição no CPF"](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

08 AGO 2019



08 AGO 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190469610 **Cidade:** Triunfo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES **Data do acidente:** 05/06/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PÉ

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO APRESENTA PERDA DE TECIDO DO PÉ , DOR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO HÁLUX E
físico: APRESENTA DISCRETA MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: APRESENTA LIMITAÇÃO PARA A MOBILIDADE E DOR A PALPAÇÃO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/08/2019

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190469610 **Cidade:** Triunfo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES **Data do acidente:** 05/06/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/08/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE HÁLUX E METATARSO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: **4 ANOS

*SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: João Ronaldo Gomes da Silva, brasileiro(a), estado civil: solteiro
Profissão: Agricultor, portador(a) do RG 78034105, órgão expedidor _____
e do CPF: 064 809 724-22, residente no(a) SI Bom Jesus
nº 23, bairro: ZONA RURAL, município: Triunfo I. PE

OUTORGADO:

Nome: Antônio Pereira Filho, brasileiro(a), estado civil: casado
Profissão: Recuras, portador(a) do RG 2999873-55P, órgão expedidor SSR/PE
e do CPF: 452.545.084-34, residente no(a) IV Manoel Santana
nº 56, bairro: CENTRO, município: Floripa I. PE

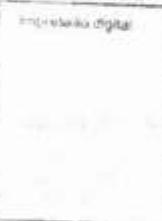
PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de 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 EDNA BEATRIZ DA SILVA GOMES data do acidente: 05/06/2019

Local e data: Floripa - PE 05/08/2019

João Ronaldo Gomes da Silva

Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS, RL, RTD, PJE E PROTESTOS
PRÍNCIPIO DE INDEPENDÊNCIA, TRANSPARÊNCIA, INTEGRIDADE, FIDUCIA, INTEGRALIZAÇÃO, CUSTEJO, ECONOMIA, MINIMIZAÇÃO DE RISCOS - SUSPENSÃO



Reconheço Por Autenticidade a firma de JOÃO RONALDO GOMES DA SILVA, no CRM/2019-
dou 18 Em test. 05/08/2019, de verdade. Substituto EDIANEIDE MENEZES DE SOUZA. Emol.
381 TERO, BE FERC 0,40. Total 4,78. Salvo 0023841FEC0620190600181.



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

Edianeide Menezes da Souza
Substituta

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

08 AGO 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270718/19

Número do Sinistro: 3190469610

Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES

CPF: 064.809.724-22

CPF de: Representante

Data do acidente: 05/06/2019

Titular do CPF: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

ANTONIO PEREIRA FILHO : 452.545.084-34

Comprovante de residência

ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES : 064.809.724-22

Autorização de pagamento

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: 21/08/2019
Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO
CPF: 452.545.084-34

ANTONIO PEREIRA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

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: 16/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02739-1

CONTA: 000000021527-9

Nr. da Autenticação 58FF0D87B0C16D43