
Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190411577

Vítima: JANAILSON ANTONIO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 28/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JANAILSON ANTONIO DO NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190411577**

Vítima: JANAILSON ANTONIO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 28/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JANAILSON ANTONIO DO NASCIMENTO

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 03094556426 Nome completo da vítima: Joséilson Antônio do Nascimento

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

Nome completo: Joséilson Antônio do Nascimento CPF: 03094556426

Profissão: Recusado Endereço: R. Conselheiro Manoel Rodrigues Dias, 67 Número: 67 Complemento: _____

Bairro: Centro Cidade: Gravatá Estado: PE CEP: 55642-240

E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 99228-5097

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0943 ☐ CONTA: 45039 ☒

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

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

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

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

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 (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
04 JUL 2019
Gente Seguradora S/A
AV. Rui Barbosa, 715 - RJ
Rio de Janeiro, RJ

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Gravatá 30 junho 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura



3190411577



532899



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATA - DP62ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0152002459

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/06/2019** às **08:37**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **28/5/2019** às **19:18**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1, PRÓXIMO AO PÓLO MOVELEIRO** - Bairro: **CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
SILVANA TORRES GALINDO (OUTRO)
JANAILSON ANTONIO DO NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JANAILSON ANTONIO DO NASCIMENTO**

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

SILVANA TORRES GALINDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JANAILSON ANTONIO DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO CARMO OLIVEIRA** Pai: **JOSE ANTONIO DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **8/4/1979** Naturalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 67, RUA CONSELHEIRO MANOEL RODRIGUES ALVES; NS DAS GRAÇAS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTO YAMAHA XTZ150 PLACA PCB-1556 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SILVANA TORRES GALINDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JANAILSON ANTONIO DO NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/XTZ 150 CROSSER E** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCB-1556 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE VINHA PILOTANDO A MOTO YAMAHA XTZ150, COR AZUL, PLACA PCB-1556, PRÓXIMO AO PÓLO MOVELEIRO, QUANDO UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO, "TRANCOU" A SUA MOTO, PROVOCANDO O ACIDENTE. NO ACIDENTE A VÍTIMA SOFREU A QUEBRA DO DEDO "MINDINHO" DO PÉ DIREITO, CONFORME A FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO DO HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA APRESENTADA NESTA DEPOL.

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

Janailson Antonio do Nascimento
JANAILSON ANTONIO DO NASCIMENTO
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **DEISE BARBOSA FIGUEROA FARIA** - Matrícula: **3875113**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 03094556426 Nome completo da vítima: Joséilson Antônio do Nascimento

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

Nome completo: Joséilson Antônio do Nascimento CPF: 03094556426

Profissão: Recusado Endereço: R. Conselheiro Manoel Rodrigues Dias, 67 Número: 67 Complemento: _____

Bairro: Centro Cidade: Gravatá Estado: PE CEP: 55642-240

E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 99228-5097

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0943 CONTA: 45039

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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 (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Gravatá 30 junho 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Joséilson Antônio do Nascimento

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

[Assinatura]

Assinatura do Representante Legal (se houver)

[Assinatura]

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura



PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

SUS



61-12

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 384562
PACIENTE: JANAILSON ANTONIO DO NASCIMENTO
GENITORA: MARIA DO CARMO OLIVEIRA
DATA DE NASCIMENTO: 08/04/1979 IDADE: 40
ENDEREÇO: CONCELHEIRO MANUEL RODRIGUES ALVES
BAIRRO: NOSSA SENHORA DAS GRACAS CIDADE: GRAVATA
PONTO DE REFERENCIA: PROX A ANTIGA DAFONTE
DATA: 28/05/2019
HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 19:18
CNS:
TELEFONE: (81) 9979-8933
SEXO: Masculino COR: Parda
Nº: 59
UF: PE CEP: 55640-01
ACOMPANHANTE: SILVANA ESOOSA

HDA

trauma Contuso e no Dentes,
Após os dentes, - Exclutivos

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUL 2019

Gsata Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

EXAME FÍSICO

Regulador, LTR, AAT, Exame 19

conferi original

SETOR DE ARQUIVO
SAME DO H.M.D.P.V.P.
13/06/19

EXAMES SOLICITADOS

Rx de joelho tratado

HD

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Carimbo e Assinatura do Médico



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50030-002
CNPJ 10.820.932/0001-08 (Insc. Est. 5005943-02) www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MÁRIA DO CARMO OLIVEIRA
PROX. A DAFONTE VEÍCULOS

CPF 846 503 464-87

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA CRIS MANOEL RODRIGUES ALVES 67

CENTRO GRAVATA
GRAVATA PE
55642-240

CONTA CONTINUA	0894315024	PERÍODO	05/2019
DATA DE VENCIMENTO	30/05/2019	DATA DE PAGAMENTO	21/06/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)		115,41	

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	DATA
083021714	UNICA	23/05/2019
Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO	
2005218611	1270788	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Abusivo (VVF)
Acréscimo Bandeira AMARELA
Contrib. Rum. Pública Municipal
ICMS Subvenção CDE NF 05548088-2303/16
Multa por atraso NF 0894315024 - 2304/18
Juros por atraso NF 0894315024 - 2304/18
Atualização IPNF NF 0894315024 - 2304/18
PRO-CRAG 4-03/13-473-8983 0800 001 8988

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
129,0000000	0,79553331	101,82
		1,43
		7,78
		0,38

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUL 2019

Ganta Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE CONTADOR	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
313201134	CAT	DATA 23-04-2019 LEITURA 6.131,00	DATA 23-05-2019 LEITURA 6.158,00	30	1,0000	128,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

MÊS	CONSUMO (KWH)
MAI-18	138
ABR-18	141
MAR-18	146
FEB-18	138
JAN-18	134
DEZ-18	121
NOV-18	136
OUT-18	132
SET-18	117
AUG-18	120
JUL-18	120
JUN-18	117
MAY-18	112

INFORMAÇÕES DE TRIBUTAÇÃO

NOME DO CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	25,00	25,81
PIS	1,14	1,19
COFINS	5,37	5,54

Composição do Consumo

Serviço de Energia	R\$	%
Transmissão	22,07	37,34%
Distribuição (Celpe)	3,88	5,94%
Perdas de Energia	22,14	37,46%
Reserva de Energia	5,00	8,77%
Taxas	5,21	8,82%
Total	58,30	100%

Consumo Abusivo (VVF) 128,00 KWH
TAXAS APLICÁVEIS 0,5400108

RESERVAÇÃO DE FIM
3557 6412 6108 4625 3106 3106 4106 3106

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

De acordo com o artigo 1º da Lei nº 10.438/02, a tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores que possuem renda mensal de até 3 salários mínimos. Para ser elegível, o consumidor deve apresentar declaração de renda assinada pelo titular da conta ou por quem ele autorizar. A tarifa social é concedida por 12 meses, podendo ser renovada automaticamente. O consumidor deve manter a situação de renda atualizada. Caso a renda ultrapasse o limite, a tarifa social será automaticamente cancelada e o consumidor deverá pagar a diferença de energia consumida.

De acordo com o artigo 1º da Lei nº 10.438/02, a tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores que possuem renda mensal de até 3 salários mínimos. Para ser elegível, o consumidor deve apresentar declaração de renda assinada pelo titular da conta ou por quem ele autorizar. A tarifa social é concedida por 12 meses, podendo ser renovada automaticamente. O consumidor deve manter a situação de renda atualizada. Caso a renda ultrapasse o limite, a tarifa social será automaticamente cancelada e o consumidor deverá pagar a diferença de energia consumida.



| 237-2 | 2379415009 91510.607566 16000.224507 9 0000000000000000

Nome do pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP

GLEYBSON S AMARAL - 84770589468

RUA RIVALDO BALTAR - 56 -

PRADO - GRAVATA - PE CEP 55642155

Sacador/Avalista

CPF	Nome do pagador	CPF/CNPJ	Endereço	Cidade	UF	CEP
151007567	GLEYBSON S AMARAL	84770589468	RUA RIVALDO BALTAR - 56 -	PRADO	PE	55642155

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUL 2019

Geste Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

LEGAL NOTICE

This message is exclusively destined for the person to whom it is directed, and it can bear private and/or legally confidential information. If you are not addressee of this message, since now you are advised to not release, copy, distribute, check or, otherwise, use the information contained in this message, because it is illegal. If you received this message by mistake, we ask you to return this email, making positive, as soon as possible, the elimination of its contents of your database, registrations or control system. The message that bears any promissory link issued by ourselves has no representation powers, shall be null or void.

Nome do pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP

GLEYBSON S AMARAL - 84770589468

RUA RIVALDO BALTAR - 56 -

PRADO - GRAVATA - PE CEP 55642155

Sacador/Avalista

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:

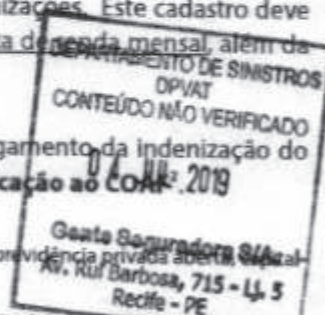
<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 COAF**².

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

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 nº 9.613/98.



Pelo exposto, eu Gleyson Santana de Amaral inscrito (a) no CPF 847705894 / 68
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jamailson Brito do Nascimento inscrito
(a) no CPF sob o Nº 030945564 / 26, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
, inscrito (a) no CPF sob o Nº 030945564 / 26, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso Informar

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

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

Endereço <u>R. Rivaldo Baltar</u>		Número <u>56</u>	Complemento
Bairro <u>Prado</u>	Cidade <u>Gravatá</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55642-155</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>8199258-5097</u>

Gravatá de 01 de Julho de 2019
Local Data

Gleyson Santana de Amaral
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Silvana Torres Galindo,

RG nº 5.702.326, data de expedição 06/01/14,

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 034.311.134-94, com

domicílio na cidade de Gravatá, no Estado de PE,

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Consulheiro Manoel Rodrigues Alves, nº 67,

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Janailson Antonio do Nascimento cujo o condutor era

Janailson Antonio do Nascimento

Veículo: PAS MOTOCICLETA

Modelo: YAMAHA/XTZ 150 CROSSER

Ano: 2018

Placa: PCB 1556

Chassi: 9C6DG2540J0009521

Data do Acidente: 28/05/19

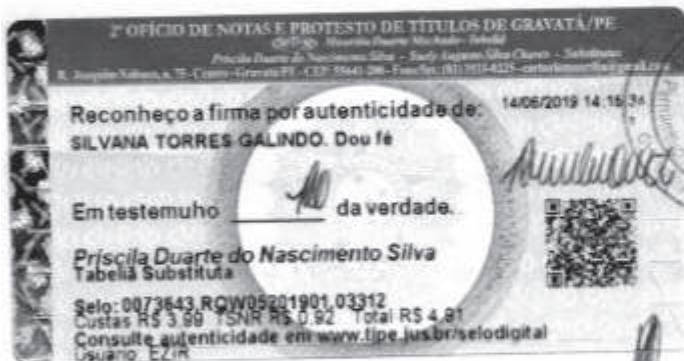
Local e Data: Gravatá: 14-06-2019



Silvana Torres Galindo

Assinatura do Declarante

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





PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

SUS



61-12

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 384562
PACIENTE: JANAILSON ANTONIO DO NASCIMENTO
GENITORA: MARIA DO CARMO OLIVEIRA
DATA DE NASCIMENTO: 08/04/1979 IDADE: 40
ENDEREÇO: CONCELHEIRO MANUEL RODRIGUES ALVES
BAIRRO: NOSSA SENHORA DAS GRACAS CIDADE: GRAVATA
PONTO DE REFERENCIA: PROX A ANTIGA DAFONTE
DATA: 28/05/2019
HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 19:18
CNS:
TELEFONE: (81) 9979-8933
SEXO: Masculino COR: Parda
Nº: 59
UF: PE CEP: 55640-01
ACOMPANHANTE: SILVANA ESOOSA

HDA

trama Contusa e no Dentes,
Após os dentes, - Dentes

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUL 2019

Gesta Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

EXAME FÍSICO

Regulador, LTR, AAT, Lateral

conferi original

SETOR DE ARQUIVO
SAME DO H.M.D.P.V.P.
13/06/19

EXAMES SOLICITADOS

Rx de mão direita

HD

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Dr. Carlos
Médico
CRM 12345

PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.	
F.C.		F.R.			

06/07/2019
9h09 - 10h

8i

Dr. Carlos Prax
CRM 75.874

20:40
concluído
386458



ALTA

HORA:

DATA

CURADO ☐

MELHORADO ☐

A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☐

ADMINISTRATIVO ☐

ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CONSTITUCION DE 1988
INSTITUTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

JANAILSON ANTONIO DO NASCIMENTO

CPF: 5526137 889 PE

DATA NASCIMENTO: 08/04/1979

PLACAS: JOSE ANTONIO DO NASCIMENTO
MOTO
MARIA DO CARMO OLIVEIRA

PERMITESSO: 030.945.545-26

VALIDADE: 10/05/2025

RENOVACAO: 05/07/2019

DESTINAÇÃO

João Antonio do Nascimento

LOCAL: GRAVATA, PE

DATA EMISSAO: 20/05/2019

Roberto Antonio do Nascimento
CPF: 030.945.545-26

PERNAMBUCO

1823900513

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUL 2019

Ganta Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - U. 5
Recife - PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº **014084464860**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 CDD: RENAVAM: 1175215882 PNTIC: ***** EXERCÍCIO: 2018

PLACA: **SILVANA TORRES GALINDO**

GRAVATA - PE

034.311.134-94 PLACA: **PCB1555**

PLACA INT/UF: ***** CHASSI: **3C6DG2540J0009521**

ESPECIE TIPO: **FAS MOTOCICLETA** COMBUSTIVEL: **ALCO/GASOL**

MARCA/MODELO: **YAMAHA/XTZ150 CROSSER 2** ANO FAB: **2016** ANO MOD: **2016**

CAP/POT/CIL: **29/149CL** CATEGORIA: **PARTIC** COR PREDOMINANTE: **AZUL**

COTA UNICA: **IPVA 2018 QUITADO** VENC/COTAS: 1ª ***** 2ª ***** 3ª *****

PREMIO TARIFARIO (R\$): **SEGURO RAGO** PREMIO TOTAL (R\$): **SEGURO OBRIGATORIO** DATA DE PAGAMENTO: **17/12/18**

OBSERVAÇÕES: **AL. FID. BANCO YAMAHA MOTOR DO BRA**

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190411577 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANAILSON ANTONIO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 28/05/2019 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

09-R51

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TORRES REBH

Silvana Torres Galindo

CARTEIRA DE IDENTIDADE




DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5.702.326 DATA DE EMISSÃO 06/01/2014

NOME << SILVANA TORRES GALINDO >>

FILIAÇÃO << JOÃO TORRES GALINDO >>
<< MARIA DAS GRAÇAS DOS SANTOS GALINDO >>

NATURALIDADE GRAVATÁ - PE DATA DE NASCIMENTO 18/12/1979

DCC ORDEM << CN.13031 L.11A F.105V CART. GRAVATÁ-PE 21.12.1979 >>

CPF 034.311.134-94

LE 11.100.000

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:
PERMANENTE

DATA DO ACIDENTE 28/05/2019

sinistro: INVALIDEZ

NOME: JANAILSON ANTONIO DO NASCIMENTO

RG: 5.526.137 SSP/PE

CPF: 030.945.564-26

Estado Civil: DIVORCIADO

Profissão: SERVENTE MARCINEIRO

Endereço: RUA: CONSELHEIRO MANOEL RODRIGUES ALVES N: 67 Bairro: CENTRO

GRAVATA / PE CEP: 55642-240, neste ato tendo assinado a rogo,

RG:

CPF:

Endereço:

N:

cep:

OUTORGADO:

Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Nacionalidade: BRASILEIRO

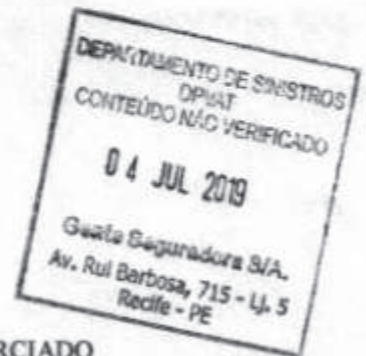
Profissão: ANALISTA DE SEGUROS

Identidade: 4.339.162 SSD/PE

CPF: 847.705.894-68

Est. Civil: DIVORCIADO

Endereço: RUA RIVALDO BALTAR N 56, BAIRRO PRADO, CEP 55.642-155



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 CONSORCIOS, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações prestadas e documentos Apresentados e disponibilizados ao outorgado.



OUTORGANTE

A Rogo:

Testemunhas:

GRAVATA

Local e Data



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0224952/19

Vítima: JANAILSON ANTONIO DO NASCIMENTO

CPF: 030.945.564-26

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 28/05/2019

Titular do CPF: JANAILSON ANTONIO DO NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL : 847.705.894-68

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

JANAILSON ANTONIO DO NASCIMENTO : 030.945.564-26

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: 04/07/2019
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/07/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos