

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **RICARDO MARTINS DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180417839**

Vitima: **RICARDO MARTINS DA SILVA**

Data do Acidente: **16/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180417839**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13346009





Seguradora
LÍDER
Seguros e Previdência

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASE

CPF da Vítima

035.352.164-78

Nome completo da vítima

Ricardo Martins da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Ricardo Martins da Silva

CPF titular da conta

035.352.164-78

Profissão

jucauon

Rua Luiz Gonzaga

Número

280

Complemento

Nova Gama

Gama

Estado

PE

CNPJ

55900-000

araruana.gama@gmail.com

Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ NÃO INFORMAR

RS 3.001,00 ATÉ RS 5.000,00

SEM RENDA

RS 5.001,00 ATÉ RS 7.000,00

ATÉ RS 1.000,00

RS 7.001,00 ATÉ RS 10.000,00

RS 1.001,00 ATÉ RS 3.000,00

ACIMA DE RS 10.000,00

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

PRADENCO (237)

BANCO DO BRASIL (001)

TRU (341)

☒ CONTA CORRENTE (todas as opções)

AGÊNCIA

0774

013

CONTA

4753

9

CONTA CORRENTE (todas as opções)

BANCO

nome

CPF

AGÊNCIA

nome

CPF

CONTA

nome

CPF

(informar dígito verificador)

(informar dígito verificador)

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

Gama

08

de

junho

de

2018

(assinatura e data)

Ricardo Martins da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

ARUANA SEGUROS

02 JUL 2018

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTO-ATENDIMENTO - AG GOIANA PE

DATA: 07/06/2018

HORA: 21:35:50

TERMINAL: 07741486

CONTROLE: 077414061028

AGÊNCIA: 0774 - GOIANA

CONTA: 013.00004753-9

CLIENTE: RICARDO MARTINS DA SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

0,00

SALDO DISPONÍVEL

~~0,00~~

SALDO TOTAL

~~0,00~~

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

ARUANA SEGUROS

02 JUL 2018

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL: CPF da Vítima: **035.352.104 -78** Nome completo da vítima: **Ricardo Martins da Silva**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: **Ricardo Martins da Silva** CPF titular da conta: **035.352.104 -78** Profissão: **Revisor**
Endereço: **Rua Luiz Gonzaga** Número: **280** Complemento:
Bairro: **Nova Gaiarna** Cidade: **Gaiarna** Estado: **PE** CEP: **55900-000**
Email: **ricardomartinsda@gmail.com** Telefone (DDD): **(71) 3626-0771**

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

0774

DV

013

CONTA

Nº

4753

DV

9

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Gaiarna, **03** de **Setembro** de **2018**
Local e Data

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 SET 2018

Ricardo Martins da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Ricardo Martins da Silva
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

CEP: 50060-010
RECIFE-PE



AUTO-ATENDIMENTO - AG. GOIÂNIA PE

DATA: 07/06/2018

HORA: 21:35:58

TERMINAL: 07741405

CONTROLE: 077414051028

AGENCIA: 0774 - GOIÂNIA

CONTA: 013.00004753-9

CLIENTE: RICHARDO MARTINS DA SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFIRMAÇÃO

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

0,00

SALDO DISPONÍVEL

0,00

SALDO TOTAL

0,00

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-726 7474

www.caixa.gov.br

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 SET 2019.

Rua da Aurora, Nº 175, SL 907 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

CÓDIGO	NOME	VALOR NOMINAL	VALOR ATUAL	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO	TAXAS E ENCARGOS (%)		
						TAXA	ENCARGO	TOTAL
001	001	1,00	1,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00
002	002	1,00	1,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00
003	003	1,00	1,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA - DP44ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0134001478**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/04/2018** às
14:02

30/04/2018 13:48

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 16/4/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 1, RUA DOS MARTÍRIOS** - Bairro: **CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **NÃO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MARIA LUIZA (AUTOR \ AGENTE)
RICARDO MARTINS DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na peração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **RICARDO MARTINS DA SILVA**



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

RICARDO MARTINS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA MARTINS DA SILVA** Pai: **DURVAL SILVESTRE DA SILVA** Data de Nascimento: **13/8/1977**
Naturalidade: **JOAO PESSOA / PARAIBA / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 289, RUA LUIZ GONZAGA - CEP: 5 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARIA LUIZA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RICARDO MARTINS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RICARDO MARTINS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR160 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PG03344** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **531276915** Chassi: **802KD6550DR356766**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013**

ARUANA SEGUROS

02 JUL 2018

Relatório de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/.infopol/xml/BOEPreview.html

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE PILOTAVA SUA MOTOCICLETA NA RUA DOS MARTÍRIOS QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UMA MULHER QUE PILOTAVA UMA CINQUENTINHA E SAIU BRUSCAMENTE NA VIA PÚBLICA. A VITIMA NÃO TEVE COMO EVITAR O ACIDENTE, A SAMU FOI ACIONADO E FEZ OS PRIMEIROS SOCORROS A VITIMA, QUE LOGO EM SEQUIDA FOI LEVADO PARA O BELARINO CORREIA, A VITIMA TEVE UMA FRATURA E IMOBILIZOU O BRAÇO ESQUERDO.

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

Ricardo Martins da Silva
RICARDO MARTINS DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por:  LUIS HUMBERTO DE SALES FURTADO - Matrícula: 3278879

ARUANA SEGUROS

02 JUL 2018



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA - DP44ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0134001478**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/04/2018** às
14:02

30/04/2018 13:48

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia 16/4/2018 no período da Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GOIANA, 1, RUA DOS
MARTÍRIOS** - Bairro: **CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **NÃO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MARIA LUIZA (AUTOR \ AGENTE)
RICARDO MARTINS DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na peração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): **RICARDO MARTINS DA SILVA**



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

**RICARDO MARTINS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
MARTINS DA SILVA Pai: DURVAL SILVESTRE DA SILVA Data de Nascimento: 13/8/1977**
Naturalidade: **JOAO PESSOA / PARAIBA / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GOIANA, 289, RUA LUIZ GONZAGA - CEP: 5 -
Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**MARIA LUIZA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): RICARDO MARTINS DA SILVA,
que estava em posse do(a) Sr(a): RICARDO MARTINS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR160 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PG03344** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **531276915** Chassi:
802KD6550DR356766
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013**

ARUANA SEGUROS

02 JUL 2018

Relatório de Ocorrência

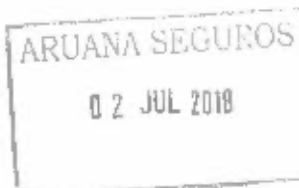
file:///C:/Users/Policia Civil/.infopol/xml/BOEPreview.html

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE PILOTAVA SUA MOTOCICLETA NA RUA DOS MARTÍRIOS QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UMA MULHER QUE PILOTAVA UMA CINQUENTINHA E SAIU BRUSCAMENTE NA VIA PÚBLICA. A VITIMA NÃO TEVE COMO EVITAR O ACIDENTE, A SAMU FOI ACIONADO E FEZ OS PRIMEIROS SOCORROS A VITIMA, QUE LOGO EM SEQUIDA FOI LEVADO PARA O BELARINO CORREIA, A VITIMA TEVE UMA FRATURA E IMOBILIZOU O BRAÇO ESQUERDO.

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

Ricardo Martins da Silva
RICARDO MARTINS DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por:  LUIS HUMBERTO DE SALES FURTADO - Matrícula: 3278879



**SAMU
192**

**PREFEITURA DE
GOIANA**
Secretaria Municipal de Saúde



SECRETARIA DE SAÚDE DE GOIANA

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

SAMU 192 - GOIANA

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Atendendo ao requerimento do Sr. (a):

Ricardo Martins da Silva

RG: 545 2368 SSP/PE, CPF: 035352164 -79, constam em nossos

arquivos a ocorrência de nº 9464650 do dia 16 de Abri de

2018, onde o mesmo foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAMU/GOIANA por volta das 11 horas e 46 minutos, vítima de

Colisão moto x moto. A Ocorrência aconteceu no (a)

Rua dos Macaícos, próx ao "Alcance", onde após os cuidados, a

vítima foi removida para

Hospital Belarmino Uchoa

Drª Ana Quêrcia do N. da Silva
Coordenadora de Enfermagem
COREX 205738
SAMU Metropolitano de Goiânia

Coordenação de Enfermagem

Goiana, 17 de Abri de 2018.

ARUANA SEGUROS
02 JUL 2018

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: 24/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RICARDO MARTINS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00774

CONTA: 000000004753-9

Nr. da Autenticação 41A846829129AE4D



Tarifa Social da 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, Pernambuco - CEP 50050-900
CNPJ 10.035.932/0001-00 | Ins. Est. 0015843-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
RICARDO MARTINS DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA LUIZ GONZAGA 200

CPF 035 552 164-78

NOVA GOIANA/GOIANA
GOIANA PE
55500-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4005650246	05/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA PROPOSTA LETURA
21/05/2018	13/06/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	65,76

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	Emissão
016428431	UNICA	14/05/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
14/05/2018	3003387206	4211817

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	82,070700	0,73066544	60,84
Acréscimo Bônus AMARELA			0,62
Contribuição Iluminação Pública			4,40
ICMS Subversão CDE-NF 008884815-13/03/18			0,81
Multa por atraso NF 012578142 - 12/04/16			1,06
Juros por atraso NF 012578142 - 12/04/16			3,32
Atualização ISPM-NF 012578142 - 12/04/16			0,16
Compensação DMC Trimestral 01/18			-0,56
Compensação DMC 03/18			-1,49
TOTAL DA FATURA			65,76

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE CLASSE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
41359354	CAT	12-04-2018	7 582,80		14-05-2018	7 663,20		82	1,00000		82,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INTERVALOS DE TEMPO		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Mês/Ano		VALOR DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE		
MAI 18 03		61,76	25,00	15,24	Geração de Energia	RS 18,12 31,38%
ABR 18 03		61,16	1,12	0,68	Iluminação	RS 2,73 4,49%
MAR 18 05		61,18	5,33	0,25	Distribuição (Cabo)	RS 12,74 20,82%
FEV 18 07					Perdas de Energia	RS 4,30 6,95%
JAN 18 76					Reserva Semelhante	RS 3,28 5,28%
DEZ 17 78					Tráfego	RS 18,22 29,42%
NOV 17 71					Total	RS 65,76 100%
OUT 17 71						
SET 17 70						
AUG 17 73						
JUL 17 70						
JUN 17 78						
MAY 17 74						

TABELA APLICADA	
Consumo Atualizado	
0,63039000	

211E SC16 7AE81219.C6A8 B6AE 1FE3 4B31

211E 5C16 7AE9 D219 C648 B6AE 5F25 4B31

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					TENSÃO DE VARIAÇÃO		
CONDIÇÃO	VOLTA À TENSÃO (s)	TEMPO TOTAL (s)	TEMPO TRIMESTRAL (s)	TEMPO ANUAL (s)	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	VALOR
GOIANA	6,70	4,28	0,81	19,41	220	202	231
RECIFE	1,08	3,29	0,67	17,86			
PERNAMBUCO	5,70	1,77	0,30	0,20			



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 25/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-907
CNPJ 10.835.932/0001-98; Insc. Est. 0505943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MELICIO DA COSTA LEITE NETO

CPF 214 838 474-49

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADE
Trifásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DO DE CAXIAS 1700

CENTRO SICHANA,
GOIÂNIA PE
55900-000

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMIÇÃO
019092319	183CA	05/06/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
05/06/2018	2001321578	4089431

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
2431353019	06/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO DA LEITURA
20/06/2018	05/07/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	271,11

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	290,000000	0,73927710	214,39
Acréscimo Bandeira AMARELA			3,20
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,11
Contribuição Iluminação Pública			25,45
ICMS Substituição - COE - NF 011463352 - 05/04/18			2,77
Multa por atraso - NF 011463352 - 05/04/18			6,11
Juros por atraso - NF 011463352 - 05/04/18			3,26
Atualização IGP-M - NF 011463352 - 05/04/18			1,74
Doação AP/PE - 0800 722 2723			10,98

ARUANA SEGUROS

02 JUL 2018

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

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

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/DOCORIGINALASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção a 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, 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Luís Guilherme M. de Carvalho inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324 65
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ricardo Martins da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 035.352.164 78 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima
Ricardo Martins da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.352.164 78 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>Rua Duque de Caxias</u>		Número <u>170</u>	Complemento <u>D</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Epitima</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55900-000</u>
Email <u>arroxia.epitima@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(81) 3011-3224</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99808-6284</u>

Epitima, 26 de JUNHO de 2018
Local e Data


Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS
02 JUL 2018

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

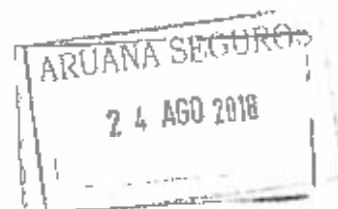
DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: <i>16/04/18</i>	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: <i>16/04/18</i>
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: <i>Ricardo Martins da Silva</i>	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: <i>Fratura do escápulo - punho Esq.</i>	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA): <i>Tratamento conservador da fratura do escápulo com imobilização gessada por cerca de 45 (quarenta e cinco) dias. Tratamento fisioterápico sucessivo.</i>	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
1º	<i>Punho Esquerdo - fratura do</i>
2º	<i>escápulo consolidada</i>
3º	<i>déficit de força e flexo extensor do</i>
4º	<i>punho Esq. com dor residual.</i>
5º	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE <i>24/08/18</i> A <i>24/08/18</i> E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
<i>Giovanna PC</i>	<i>24/08/18</i>
LOCAL	DATA
ASSINATURA E CARIMBO	



HBC

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL BELARMINO CORREIA
FICHA DE ATENDIMENTO

HBC

Número do Registro: 2018/ET006672 Data e Hora de Atendimento: 16/04/2018 12:05 Prontoário Local: Prontoário Integrado: Local de Entrada: Emergência Traumatológica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 17419 RICARDO MARTINS DA SILVA Registro SUS: 124845339870002
Nascimento: 13/08/1977 Idade: 40 Sexo: Masculino Cor: Parda
Estado Civil: Casado(a) Profissão: ESTOQUISTA Naturalidade: JOAO PESSOA Nacionalidade: BR
Documento de Identidade: 5452368 Filiação: DURVAL SILVESTRE DA SILVA
MÁRIA MARTINS DA SILVA
Endereço (Av., Rua, etc.): RUA LUIZ GONZAGA, 280 Complemento: CASA
Bairro: NOVA GOIANA Cidade: GOIANA UF: PE Telefone: 99184-0590
Acompanhante: TECNICOS DO SAMU/ MAE MARIA JOSE
Ocorrência: ENCAMINHAMENTO - DOENÇAS - Encm. para Parecer Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒

ANAMNESE - HISTÓRICO DE DOENÇAS

Módulo de Exatidão - 100

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Anamnese - História

Sinais Vitais

PA 150/100

Exatidão 100

Exatidão 100

Exatidão 100

Exatidão 100

Exatidão 100

Exatidão 100

Exatidão 100

Exatidão 100

Exatidão 100

Exatidão 100

Exatidão 100

Exatidão 100

Exatidão 100

Exatidão 100

Exatidão 100

Exatidão 100

Exatidão 100

Exatidão 100

Exatidão 100

Exatidão 100

Exatidão 100

Exatidão 100

Exatidão 100

Exatidão 100

Exatidão 100

Hipótese diagnóstica / conduta

Código de Atendimento:

Dr. Valdir de Silva Lobo
Ortopedia
CRM 10000

cf: [assinatura]

0301060051
0301060012
02 JUL 2018

0- Page 100 to 105
 0- Difference of 100
 6- Difference of 100

Dr. Nilvan de Silva Lichares
 CREMIA

[Handwritten signature]

100	100
100	100
100	100
100	100
100	100
100	100

100	100	100	100
-----	-----	-----	-----

1000 NETL

1000 NETL



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Garantia Regional de Saúde - XII GERES
Hospital Belarmino Correia

PARA: Delegacia do Município de Golana

Declaração de Comparecimento

Declaramos que Sr.(a) ou (a) Ricardo Martins da Silva
Compareceu a esta Unidade Hospitalar no dia, 16 / 04 / 18 às 12 : 05 hs, a fim
de: receber atendimento na Urgência Transmolecular

Obs: As fichas de atendimento estão conforme a Xerox
apresentada desde as tomadas.

Christiane M.F. Gomes

Assistente Social

Golana, 20/04/18

Hospital Belarmino Correia - Praça Correia Picado, S/N - Golana/PE
E-mail: hospbelarminocorreia@pe.com.br Fone: 3626-8641 / Fax: 3626-8639

ARCANA SEGUROS

02 JUL 2018

Ricardo

30 04 18



Receituário
Nome: mauricio mauer

RADIOGRAFIA:

- | | |
|---|---|
| ☐ CRÂNIO | ☐ COLUNA DORSAL AP/P |
| ☐ SEIOS DA FACE | ☐ COLUNA LOMBAR AP/P |
| ☐ COLUNA CERVICAL AP/P | ☐ BACIA |
| ☐ TÓRAX PA | ☐ QUADRIL AP/P |
| ☐ OMBRO AP/P | ☐ COXA AP/P |
| ☐ BRAÇO AP/P | ☐ JOELHO AP/P |
| ☐ COTOVELO AP/P | ☐ PERNA AP/P |
| ☐ ANTEBRAÇO AP/P | ☐ TORNOZELO AP/P |
| ☒ PUNHO <u>(B)</u> AP/P | ☐ PÉ AP/O |
| ☐ MÃO AP/O | ☐ CALCÂNEO P/AXIAL |

Dr. José Márcio dos Santos
CRM 11973
Médico - CRM
Goiana, _____
Hospital Belvedere Cordeiro - Praça D. João Pires, 8/8 - Goiana/PE.
Fone: (081) 3426-8641

sem foto

ARUANA SEGUROS
06 AGO 2018

RICARDO



ARJANA SEGUROS
06 AGO 2013



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde – XII GERES
Hospital Belarmino Correia – Goiana

RECEITÁRIO MÉDICO

Paciente:

LAUDO MÉDICO

Atesto para os devidos
fins que o paciente,
RICARDO MARTINS DA SILVA
SUBMETEU A TRATAMENTO
CONSERVADOR DE FRATURA
DO PUNHO (CID: S62.0)
HÁ TRÊS MESES, QUE TEVE
ACIDENTE MOTOCICLETA, QUE
ESTÁ COM LIMITAÇÃO DOS
MOVIMENTOS DE FLEXO-
EXTENSÃO DO PUNHO
ESQUERDO DE FRATURA CRÔNICA

Goiana,

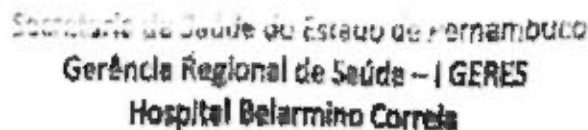
Médico - CRM

Hospital Belarmino Correia – Praça Correia Picanço, S/N – Goiana/PE.
E-mail: hospbelarminocorreia@ig.com.br Fone: (021) 3626-0621.

16/07/18

ARUANA SEGUROS

06 AGO 2018



Atento para os devidos fins que, a pedido do(s) Sr(a) Alcides Mendes de Souza portador(a) da Identidade RG _____ que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 S60.2, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 04 (Quatro) dias, a partir desta data.

30 04 18
Golm, _____
9556
Ortopedia Traumatologia
Dr. Valdes Mota
Assinatura e Carimbo do Médico(a)

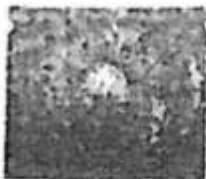
Em _____
 autorizo _____ a(s) _____
 Dr.(a) _____ a registrar o diagnóstico codificado
 CID-10 ou por critério neste atestado médico.

Assistentul de(a) pacient cu responsabilitate legală

Hospital Informative Center - Praça Cordeiro Mota, 5/N - Gr...
E-mail: hospitalinformative@ig.com.br Fone: (051) 3626-...

ARUANA SEGUROS

06 AUG 2013



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde – XII GERES
Hospital Belarmino Correia – Goiana

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente:

Dr. / paciente
da Silva
me

③ - Fluorox - 500mg
014H 12/12

Dr. Nilvan da Silva Lobo
Otorrinolaringologista

CRM: 16.04/18

16.04/18

ARUANA SEGUROS

06 AGO 2013

Goiana,

Médico - CRM

Hospital Belarmino Correia – Praça Correia Picanço, S/N – Goiana/PE.
E-mail: hospbelarminocorreia@ig.com.br Fone: (081)3626-8642

Assunto: para um serviço / fin que é pedido do(s)

Gedächtnis

Dr. Nilvan da Silva Linares
Ortopedista

AUTOMOBILISMO

Activities of (4) products on respondent legal

ARUANA SEGUROS

06 AGO 2013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013727185219
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 531376915 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME
RICARDO MARTINS DA SILVA

GOIANA-PE 0

CPF / CNPJ 035.352.164-78 PLACA PGG8855

PLACA ANT. / UF ***** / PE CHASSI 9C2KD0550DR356709

ESPÉCIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL ALCO / GASOL

MARCA / MODELO HONDA / NXR150 BROS ES ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2013

CAP. / POT. / CIL 2P / 149CL CATEGORIA FARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
IPVA 2018 QUITADO 1 *****
FAIXA I.P.V.A. 1 PARCELAMENTO / COTAS 2 *****
3 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES
AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

GOIANA 22/02/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013727185219 BILHETE DE SEGURO DPVAT

RICARDO MARTINS DA SILVA

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

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

GOIANA-PE EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 22/02/18

VIA 1 CPF / CNPJ 035.352.164-78 PLACA PGG8855

RENAVAM 531376915 MARCA / MODELO HONDA / NXR150 BROS ES

ANO FAB. 2013 CATEG. 09 Nº CHASSI 9C2KD0550DR356709

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A PAGAR DO SEGURO (R\$)
SEGURO PAGO

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.

GUANA SEGUROS

02 JUL 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013727185219
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 531376915 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME
RICARDO MARTINS DA SILVA

GOIANA-PE 0

CPF / CNPJ 035.352.164-78 PLACA PGG8855

PLACA ANT. / UF ***** / PE CHASSI 9C2KD0550DR356709

ESPÉCIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL ALCO / GASOL

MARCA / MODELO HONDA / NXR150 BROS ES ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2013

CAP. / POT. / CIL 2P / 149CL CATEGORIA FARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
IPVA 2018 QUITADO 1 *****
FAIXA I.P.V.A. 1 PARCELAMENTO / COTAS 2 *****
3 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES
AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

GOIANA 22/02/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013727185219 BILHETE DE SEGURO DPVAT

RICARDO MARTINS DA SILVA

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

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

GOIANA-PE EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 22/02/18

VIA 1 CPF / CNPJ 035.352.164-78 PLACA PGG8855

RENAVAM 531376915 MARCA / MODELO HONDA / NXR150 BROS ES

ANO FAB. 2013 CALIB. 09 Nº CHASSI 9C2KD0550DR356709

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A PAGAR DO SEGURO (R\$)
SEGURO PAGO

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.

GUANA SEGUROS

02 JUL 2018



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Ricardo Martins da Silva
 DATA DO ACIDENTE 16/04/2018 CPF DA VÍTIMA 035.352.164-48
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Luís Guilherme Mangabeira de Carvalho
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Ricardo Martins da Silva
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Riquie de Cavas
 Nº 140 COMPLEMENTO 0 BAIRRO centro
 CIDADE Epitima UF PE CEP 55900-000
 E-MAIL araruana.gpicma@gmail.com TELEFONE (81) 3033-3224
(81) 99808-6287

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
 IDENTIDADE 8314118 SDS/PE
 ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA ARUANA SEGUROS
 NOME 02 JUL 2018
 ASSINATURA [Assinatura]

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Ricardo Martins da Silva
RG/CNH/CTPS: 5.452.388 **CPF:** 035.352.164.78
Profissão: Repórter
Estado Civil: casado
End: Rua Luiz Gonzaga, 280, Nova Goiana, Goiana

Outorgado: Luã Guilherme Mangabeira de Carvalho.
RG/CNH/CTPS: 8.317.118 SDS/PE **CPF:** 083.562.324-65
End: Rua Duque de Caxias, Nº 170-D, Centro, Goiana-PE. CEP: 55900-000

Nomeio meu bastante procurador o **outorgado** acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima: Ricardo Martins da Silva

GOIANA, 08 de 05 de 2018.

Ricardo Martins da Silva

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

 1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE GOIANA
RUA DR. MANOEL BOMBA, Nº 83, CENTRO - GOIANA / PE - CEP: 55.900-000
TEL: (81) 3628-0312 - CARTORIO@CARLOSTORRES.COM - CNPJ: 11.489.606/0001-69

Reconheço, Por Autenticidade a firma de: RICARDO MARTINS DA SILVA,
dou fé. Goiana/PE 07/06/2018 14:43:24 Empl:3,59; TSNR:0,80;
FERC:0,40; TOTAL: 4,79. OP.110 Selo digital nº
0073565.EZH04201801.02236.

TORRES TABELADO Consulte autenticidade em

www.tjpe.jus.br/selodigital

CARLOS G. G.



ARUANA SEC

02 JUL 2018

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Ricardo Martins da Silva
RG/CNH/CTPS: 5.452.288 CPF: 035.352.164.78
Profissão: Repositor
Estado Civil: Casado
End: Rua Luiz Gonzaga, 280, Nova Goiana, Goiana

Outorgado: Luã Guilherme Mangabeira de Carvalho.
RG/CNH/CTPS: 8.317.118 SDS/PE **CPF:** 083.562.324-65
End: Rua Duque de Caxias, Nº 170-D, Centro, Goiânia-PE. CEP: 55900-000

Nomeio meu bastante procurador o **outorgado** acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima: Ricardo Martins da Silva.

GOIANA, 08 de 03 de 2018

Ricardo Kaulanda Silva

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA *

10 SET 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 Bl. 1
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329066/18

Vítima: RICARDO MARTINS DA SILVA

CPF: 035.352.164-78

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/04/2018

Titular do CPF: RICARDO MARTINS DA SILVA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO : 083.562.324-65

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

RICARDO MARTINS DA SILVA : 035.352.164-78

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: 10/09/2018
Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO
CPF: 083.562.324-65

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2018
Nome: Jose Soares da Silva Filho
CPF: 194.764.344-49

Jose Soares da Silva Filho

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180417839 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICARDO MARTINS DA SILVA **Data do acidente:** 16/04/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ESCAFOIDE DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75