
Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190087330

Vítima: GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA

Data do Acidente: 24/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190087330

Vítima: GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA

Data do Acidente: 24/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000877**

Conta: **0000016228-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 052.288.434-26 Nome completo da vítima: Gilson José Vieira de Santana

REGISTRO DE INFORMAÇÃO CADASTRAL - ADERENDAMENTO DA PESSOA FÍSICA VITIMA/BENEFICIÁRIO (CÓPIA DESENECESSÁRIA)

Nome completo: Gilson José Vieira de Santana CPF: 052.288.434-26
Profissão: Gerente Endereço: Rua da União Número: 589 Complemento: _____
Bairro: Centro Cidade: Itaquitinga Estado: PE CEP: 55900-000
E-mail: abismoria.geriana@gmail.com Tel (DDD): (81) 3626-3773

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

RECEITA 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 UM BANCAL (SE 2014)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0877 CONTA: 16228 1
(Informar o dígito se existir) (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 ATENDIMENTO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA ACIDENTE POR 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 da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda 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 do 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 UNICO BENEFICIÁRIO - 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 (s) (s) nascido(s)? ☐ 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 a provar 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.

Local e Data: Itaquitinga - PE 23.01.2019
Nome: Gilson José Vieira de Santana
CPF: 052.288.434-26

(*) Assinatura de quem assina A RDO
GILSON JOSÉ VIEIRA DE SANTANA
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: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

310-665678766-9

06/NOV/2018

HORA DE 11:00:10

LOT. 15.015478-0
LOCALIDADE: ITAQUETINGA
AQ. VINCULADA: 0774

TERM 018579

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

0077.00016228-1

NOME: GILSON JOSE VIEIRA DE SAN

DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DIA LIMITE	SALDO
10/10	
18/10	
05/11	0,00

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DIA LIMITE	SALDO
10/10	
18/10	
05/11	

RESUMO EM 05/11
SALDO

RESUMO DO DIA
SALDO BLOQUEADO
SALDO DISPONIVEL
SALDO TOTAL

310-665678766-9

1ª VIA

ARUANA SEGURADORA
31 JAN 2019



DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE

Nº / ANO
K-2489/18



BOLETIM DE Ocorrência DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

I - LOCAL E DATA

COM ANEXO ☒ SEM ANEXO ☐

Município	GOIANA		Rodovia	PE-075	Km	01
Ponto de Referência	VIADUTO DE ACESSO A RODOVIA PE-075				Data	24/10/2018
Dia da Semana	QUARTA-FEIRA	HORA/OCORRÊNCIA	20:00	Hora/Cheg./Pr	20:10	

II - TIPO DE ACIDENTE

ATROPELAMENTO		ABALROAMENTO		COLISÃO		CHOQUE		CAPOTAMENTO	
Pedestre		Longitudinal		Frontal		Poste/Árvore		Tombamento	
Animal	X	Transversal		Traseira		Muro/Casa		Saída da Pista	
						Veículo Parado		Outros	

III - CONSEQUÊNCIA

SEM VITIMA		COM VITIMA	X	MORTOS		FERIDOS	X
Nº/VEÍC. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE	-	IDENT.	01	NÃO IDENT	-	TOTAL	01

IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTANCIAIS

ACID. VERIFICADO		CONDIÇÕES/VIA		CONDIÇÕES/TEMPO		PERÍODO/DIA		SEMAFORO	
Longo da Via		Seca	X	Bom	X	Manhã		S/Defeito	
Cruzamento		Molhada		Chuva		Tarde		C/Defeito	
Outros	X	Enlameada		Neblina		Noite	X	Desligado	
VIADUTO		Oleada		Garoa		Madrugada		N/Existe	X

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

Policial		Placa "Pare"		MÃO DE DIREÇÃO		DIVISÃO DA VIA	
F.Pedestre		Placa "Dê a Pref."		Única	X	Faixa Contínua	
F.Retenção		Não há Placas		Dupla		Canteiro Central	
						Blocos	
						Outros	X

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA - VI/V2		COMPORTAMENTO - VI/V2	
Realizado no Local		Permaneceu no local	
Venc. Para Exame		Socorrido	VI
Não foi Realizado	VI - SEM SINAIS APARENTES	Evadiu-se	

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

Proprietário		Tomou Conhecimento	
Natureza das Avarias			



SD PM - TALLI
MATRÍCULA - 115222-8
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA

ARJANA SEGURADORA
31 JAN 2019

VIII - VEÍCULOS

QUANTO À TRACÇÃO - VI/V2		ESPÉCIE - VI/V2		CATEGORIA - VI/V2	
Automotor	VI	Passageiro	VI	Oficial	
De Propulsão Humana		Carga		Particular	VI
De tração animal		Misto		Aluguel	

IX - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

VEÍCULO - 01

Marca	HONDA	Modelo	NXR BROS		Ano	2017	Renavam	1113943588		Placa	OYM-7914
Município	IGARASSU PE		Nº do Chassis		9C2KD0810HR423226			Veículo de Carga nº de Eixo			
Carregado		Apreendido				Liberado		X	Evadiu - se		
Proprietário	GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA										
Residência							Bairro				
Município	IGARASSU PE		Rg.	6366952	Org. Exp.	SSP PE	CPF	052.288.434-26			
Condutor	GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA - F 99884-8675										
Residência	RUA DA UNIAO, 589						Bairro	CENTRO			
Município	ITAQUITINGA PE		Rg.	6366952	Org. Exp.	SSP PE	CPF	052.288.434-26			
CNH/Pront./ Nº	03045303915		Categoria		AD	Validade		21/09/2003	Hora/Dir.		

VEÍCULO - 02

Marca		Modelo		Ano		Renavam		Placa	
Município		Nº do Chassis					Veículo de Carga nº de Eixo		
Carregado		Apreendido			Liberado			Evadiu – se	
Proprietário									
Residência							Bairro		
Município		Rg.		Org. Exp.		CPF			
Condutor									
Residência							Bairro		
Município		Rg.		Org. Exp.		CPF			
CNH/Pront./ Nº		Categoria			Validade			Hora/Dir.	

TESTEMUNHA - 01

Nome		Idade		Sexo		Profissão	
Residência		Bairro					
Município		U.F.	Rg.	Org. Exp.		CPF	

TESTEMUNHA - 02

Nome		Idade		Sexo		Profissão	
Residência		Bairro					
Município		U.F.	Rg.	Org. Exp.		CPF	

VÍTIMA - 01

VITIMA - 01			Natureza dos Ferimentos			Leve		Graves		X		Mortais							
Nome		GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA					Motorista		X		Passageiro				Pedestre				
Estado Civil		CASADO		Idade				Sexo		M		Nacionalidade				Naturalidade			
Profissão				Residência		RUA DA UNIAO, 589					Bairro		CENTRO						
Município		ITAQUITINGA		UF		PE		Rg.		6366952		Org.Exp.		SSP PE		CPF		052.288.434-26	
Socorrido		HOSPITAL BELARMINO CORREA										Município		GOIANA					
Dados Fornecidos Por			VITIMA																
Residência																Bairro			
Município				UF				Rg.				Org.Exp.				CPF			

VÍTIMA - 02

VÍTIMA - 02			Natureza dos Ferimentos			Leve		Graves		Mortais	
Nome			Motorista			Passageiro			Pedestre		
Estado Civil			Idade		Sexo		Nacionalidade			Naturalidade	
Profissão			Residência					Bairro			
Município			UF		Rg.		Org. Exp.		CPF		
Socorrido						Município					
Dados Fornecidos Por											
Residência									Bairro		
Município			UF		Rg.		Org. Exp.		CPF		

OBS.: SOCORRIDO PELA VIATURA BM AR 765 / CMT 2º SGT REGIVALDO - MAT 291330-7



SS. PM - BULLE
PATRULHA - 138222-8
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOMÓVEL



XII – INFRAÇÕES COMETIDAS

	V.1 / V.2		V.1 / V.2
Dirigir s/CNH (Art. 162, I CTB)		Deixar de Prestar Inform.s à acid. (Art.176 V CTB)	
Conduzir Veic. ã Lic. (Art. 230 V CTB)		Desob. Ordens do Agente trãns. (Art. 195 CTB)	
Conduzir Veic. s/ Doc. Porte Obrig. (Art. 232 CTB)		Conduzir Veic. C/ Lacre Violado (Art. 230 I CTB)	
Dirigir Sob. Influên. Alcool (Art. 165 CTB)		Conduzir Veic. S/ Placa (Art. 230 IV CTB)	
Deixar de Prestar Socorro à Vítima (Art. 176 I CTB)		Conduzir Veic. C/ Placa Ileg. (Art. 230 VI CTB)	
Deixar de Adotar Prov. P/ Evitar Perigo Trãns. (Art. 176 II CTB)		Conduzir Veic. Alter. De Caract. (Art. 230 VII CTB)	
Deixar de Preserva Local de Acid. (Art. 176 III CTB)		Conduzir Veic. Defeito Equip. Obrig. (Art. 230 IX CTB)	
Deixar de Remover Veic. Qdn. Determ. (Art. 176 IV CTB)		Outras	

XV – AVARIAS APARENTES

VEÍCULO – 01

EM ANEXO

VEÍCULO – 02

EM ANEXO

XVI – DADOS NECESSÁRIOS

1. Reboque Efetuado	Polícia Militar	Particular	Não Efetuado	
2. Comunicado à Delegacia de				Hora
Nome do Recebedor da Ocorrência				Matricula
XVII – Responsável Pelo BAT	Posto/Grad.	CB PM	Matricula	107919-0
				NOME
XVIII – Digitador da SSTA	SD PM YILALLE		Of. Chefe da SSTA	TEN PM UMAITA

Compare com o original que me foi apresentado.

Data: 05 / 11 / 2018















[Assinatura]



ARUANA SEGURADORA

31 JAN 2019

IV - SIMBOLOGIA

Automóvel e Outros Veículos de 04 Rodas		Incêndio -	
Ônibus, Caminhão ou Trator -		Marcha à frente -	
Trem -		Marcha à Ré -	
Veículo de 2 ou 3 Rodas -		Derrapagem -	
Pedestre		Capotamento ou Tombamento -	
Animal -		Local da colisão -	
Objeto Fixo		Depois da Colisão -	

XIII - CROQUI

EM ANEXO





DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM

PRIME - DGO - CFE - EPRV

Batallão Cel. Manoel de Souza Neto



XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

Dirigir S/CNH (Art. 162, I, CTB)

Conduzir veic. s/ doc. Port obrig. (Art. 132 CTB)

Conduzir veic. s/ doc. Porte obrig. (Art. 132 CTB)

Dirigir sob influência Alcool. (Art. 165 CTB)

Deixar de prestar socorro à vítima (Art. 176, CTB)

Deixar de adotar prov. P/ evitar perigo trans. (Art. 176, CTB)

Deixar de preservar local de acd. (Art. 178, CTB)

Deixar de resgatar veic. Qdo Deten. (Art. 176, IV CTB)

v1 v2

Deixar de prestar socorro S/ (Art. 176, v. CTB)

Descob. Ordem do Agente Tr. aut. (Art. 195 CTB)

Conduzir veic. s/ placa violado (Art. 230, I CTB)

Conduzir veic. s/ placa (Art. 230, IV CTB)

Conduzir veic. s/ placa ileg. (Art. 230, VI CTB)

Conduzir veic. Alter. De caract. (Art. 230, VII CTB)

Conduzir veic. Defeito equip. obrig. (Art. 230, IX)

Outras: _____

XIII - CROQUI

Veículo Retido na via por Policiais.

XIV - SIMBOLOGIA



Automóvel e outros veículos de 4 rodas

Ônibus, Caminhão e Trator

Trem

Veículo de 2 ou 3 Rodas

Pedestre

Animal

Objeto Fixo



Incêndio



Marcha à Frente.



Marcha à Ré



Derrapagem



Capotamento ou Tombamento



Local da Colisão



Depois da colisão

- Veículo entregue para Senhora Geisiane Luiz de Figueiredo Santos. CNH: 03972731997. Categoria AB. Validação: 31/01/2022. A mesma sendo a comadre do proprietário CITEI.

XV - AVARIAS APARENTES

VEÍCULO - 1

• Guião empenado;
• Overbramento: Para Lado Direito,
Carroceria Esquerda, Retrovisores Esquerda
Cabo, Lâmpada indicadora Dianteira Direita.

VEÍCULO - 02



XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1 - Reboque efetuado: Polícia Militar

Particular

Não efetuado

2 - Comunicado à Delegacia de:

Nome do receptor da ocorrência:

Hora:

Matrícula:

XVII - RESPONSÁVEL
PELO BAT.

POSTO/GRAD.

MATRÍCULA

NOME:

Cb PM

107 919-0

Ass: Wayne

XVIII - Datilógrafo SSTA:

Of. Chefe SSTA:



1



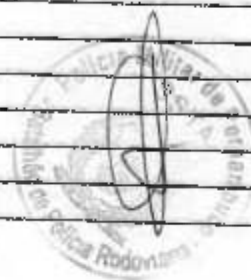
BATALÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES - (SSTA)



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº _____ / _____).

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

Sem
Causa
Acidente



Veículo: _____

Nome do Condutor: _____

RG: _____ Órgão Expedidor: _____ CPF: _____

Placa do Veículo: _____ Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____

Assinatura: _____

Observação:

- 1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra de forma legível;
- 2) O Procedimento ilegível será de responsabilidade do signatário.

ARUANA SECURITARIA
31 JAN 2013



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 052.288.434-26 Nome completo da vítima: Gilson José Vieira de Santana

REGISTRO DE INFORMAÇÃO CADASTRAL - ADERENDAMENTO DA PESSOA FÍSICA VITIMA/BENEFICIÁRIO (CÓPIA DESENECESSÁRIA)

Nome completo: Gilson José Vieira de Santana CPF: 052.288.434-26
Profissão: Gerente Endereço: Rua da União Número: 589 Complemento: _____
Bairro: Centro Cidade: Itaquitinga Estado: PE CEP: 55900-000
E-mail: abismoria.geriana@gmail.com Tel (DDD): (81) 3626-3773

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

RECEITA 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 RECEITA ☐ 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 UM BANCAL (SE 2014)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0877 CONTA: 16228 1 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (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 ATENDIMENTO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA ACIDENTE POR 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 da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda 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 do 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 UNICO BENEFICIÁRIO - 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vítima deixou nascituro (s)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem a provar 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.

Local e Data: Itaquitinga - PE 23.01.2019
Nome: Gilson José Vieira de Santana
CPF: 052.288.434-26

(*) Assinatura de quem assina A RDO
GILSON JOSÉ VIEIRA DE SANTANA
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: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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: 12/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00877

CONTA: 000000016228-1

Nr. da Autenticação AFA0D626C6F6C14A

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 25/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 261 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0187-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
157-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA CPF: 052.288.434-28	DATA DE VENCIMENTO 29/01/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 22/01/2019	CONTA CONTRATO 004005885767
	TOTAL A PAGAR (R\$) 190,37	DATA DA APRESENTAÇÃO 22/01/2019	Nº DO CLIENTE 2002356600
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA DA UNIAO 589 CENTRO/ITAQUATINGA 55950-000 ITAQUATINGA PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		Nº DA INSTALAÇÃO 0001487852
RESERVADO AO FISCO A57C.2C46.385C.26F6.7FB5.20FF.1133.ABA3			

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PRIÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	240,00	0,71879022	172,22
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,46
ICMS Subvenção-CDE-NF 040061450-22/11/18			1,13
Multa por atraso-NF 043975562 - 22/12/18			4,57
Juros por atraso-NF 043975562 - 22/12/18			0,96
TOTAL DA FATURA			190,97

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
179,22	25,00	44,80	179,22	0,45	0,80	179,22	2,08	3,74

Tarifas Aplicadas			HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	9.821.680,00			MMh
			JAN 19	249
			DEZ 18	308
			NOV 18	267
			OUT 18	280
			SET 18	208
			AGO 18	196
			JUL 18	196
			JUN 18	232
			MAI 18	297
			ABR 18	286
			MAR 18	278
			FEV 18	267
			JAN 18	288
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO				
	W\$	%		
Geração de Energia	38,07	32,38		
Transmissão	3,88	4,80		
Distribuição (Cabo)	40,21	22,44		
Encargos Setoriais	10,35	5,78		
Tributos	49,34	27,53		
Perdas de Energia	52,86	7,00		
TOTAL	179,28	100		

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000051361812	CAT	22/12/2018	25.764,00	22/01/2019	25.013,00	31	1,00000	0,00	249,00

000000000051361812	CAT	22/12/2018	25.764,00	23/01/2019	28.013,00	3%	1,00000	0,00	249,00
--------------------	-----	------------	-----------	------------	-----------	----	---------	------	--------

DATA PREVIISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 19/02/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
nov/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	CONDADO	0,00	5,67	11,34	22,69
FC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,38	8,72	18,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,29	0,00	0,00
DICM-Duração de interrupção em cascata				Limite DICM: 12,22	
BUSD-Valor de Encargo de Uso = R\$ 48,55					
Todo Consumidor pode escolher a sua fonte das informações DIC, FC, DMIC e DICM a qualquer tempo					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! as correio litim: avenida antonio carlos de almeida centro / posto de medicamentos nossa se: av antonio carlos de almeida 387 centro lista completa em www.paape.com.br.
 He data da leitura e bendeira em vigor é a Verde. Mela informações em www.ansel.gov.br.
 O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de torneamento.
 Pego, em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(L10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
 O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
004005685767	01/2019	190,37	29/01/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este carnêto será usado em leitora ótica.

838700000010 903700110048 005685767108 137297807736



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



AVENIDA CRUZ CARVALHO, 1362 - SANTO ANTONIO - RECIFE - PE
CEP: 51040-000 FONE: (081) 3006-0811 FAX: (081) 3006-0812
Inscrição Estadual: 15.1.001.001198-2
CNPJ: 08.749.033/0001-91
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20181210399440

Escritório: GOIANA

FATURA MENSAL DE AGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE
MELICIO DA COSTA LEITE NETO
R DO CANTAS, N. 90176 - CASA-D - CENTRO GOIANA PE 55900-000
INSCRIÇÃO: 062.490.765-0134.000

MATRICULA:

OPÇÃO DEB. AUTOMÁTICO: D1039944.0

RESPONSÁVEL: SINDICATO PARA ENTREGA

ATENÇÃO: AGUA	ATENÇÃO: ESGOTO	EXCESSOS/EXTRAS	QUANTIDADE DE EDIMÉNTOS	EXCESSOS/EXTRAS	PÚBLICO
LIGADO	POTENCIAL		QUANTIDADE	EXCESSOS/EXTRAS	
ENDEREÇO: A12F163848	DATA LEIT. ANTERIOR: 07/12/2018	DATA LEIT. ATUAL: 07/01/2019			TIPO DE CONSUMO (A/E): REAL /

AGUA
LEIT. ANT.: 341 CONSUMO: 8
LEIT. ATUAL: 341
LEIT. EXT.: 341 ND PARADO
ESGOTO
LEIT. ANT.:
LEIT. ATUAL:
LEIT. EXT.:

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA/CONSUMO

11/2018	1/	A	I
10/2018	18/	A	I
09/2018	1/	A	I
08/2018	10/	A	I
07/2018	14/	A	I
06/2018	8/	A	I
MÉDIA	9/ 0	A	I

PARÂMETROS	EXC. PELA PORT. MS 2.934/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDIM A LEGISLAÇÃO
TURBIDEZ	48	45	44
COR APARENTE	45	45	29
CORO RESIDUAL	44	45	45
COLIFORMES TOTAIS	44	45	44
E. COLI	44	45	44

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

AGUA
COMERCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE AGUA 8 M3 60,75
MULTA P/IMPUNTUALIDADE 10/2018 2,41
JUROS DE MORA 09/2018 08/2018 07/2018 3,06

GRUPOS	VALOR DE CADA UNIDADE	VALOR TOTAL	VALOR DE CADA UNIDADE
FIXA	60,75	1,00	1,00
COTING	60,75	7,62	6,62

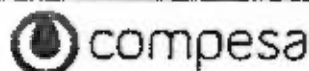
VENCIMENTO: 20/02/2019

TOTAL A PAGAR: 66,22

5 IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTE(S) NO DATA DE VENCIMENTO. SE NÃO FOR PAGUEMOS, SERÁ AUTOMATICAMENTE SUSPENSO O FORNECIMENTO DE AGUA.

Pagado por: INTERNET

Entido em: 15/01/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810195

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRICULA:

VENCIMENTO: 20/02/2019

TOTAL A PAGAR: 66,22

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

828800000000-6 66220018062-0 01039944001-9 12201850003-7



ATENTIFICAÇÃO MECÂNICA

ATESTADO MÉDICO

O paciente Gilson José Vieira de Santana **Souza** necessita afastamento de suas atividades laborais por um período de 15 (quinze) dias.

CID:

552.

Recife, 27 de Outubro de 2018

Dr. Kássio Macêdo
CIRURGIÃO DA MÃO
CRM 10025

Kássio Macêdo

ARUANA SEGURODORA
31 JAN 2019

G U I A D E A T E N D I M E N T O

EXAME CLINICO.:	Paciente vítima de Colapso Maltre e aniquilação em luta, vítima de At. de porte menor de idade em
CID.....:	Síndrome de Jorgensen, Cerebroplégia 15,
H.D.....:	Quebra, queda, eufonia, Jato Gen. 15/10/170
CONDUTA.....:	Quebra Gen. 15/10/170, não em 15/10/170
EXAMES	Quebra
COMPLEMENTARES	Quebra

PRESCRIÇÃO

PRESCRICAO

- 1) Solucao de fuma e atrelado fuma
- 2) 1x Quarta
- 3) 1x Quinta
- 4) Trame 100g. 2x + 10ml 80g x 50
- 5) Gubila 4g. 2x + 10ml 80g x 50
- 6) 1x 5000 g.
- 7) 1x 10g. 2x + 10ml 80g x 50
- 8) 1x 10g. 2x + 10ml 80g x 50

[illegible]

RECEPCAO: LUCIVANIA

(2) SRL 10000000

(2) Doublet 10000000

Dr. Teresa Rakel
Medica
CRM-PE 23.412

31 JAN 23 1972

SOLB

Clinicas Especializadas

ESPECIALIDADES:

ORTOPEDIA
DERMATOLOGIA
PNEUMOLOGIA
CARDIOLOGIA
CIRURGIA VASCULAR
NUTRICIONISTA
PEDIATRIA
PSIQUIATRIA
FONOAUDIOLOGIA
PSICOLOGIA
ENDOCRINOLOGIA
BUCO-MAXILO-FACIAL
REUMATOLOGIA
ESPECIALISTA EM OOR
OSTEOPATIA
CLINICA MÉDICA
RPG
ACUPUNTURA
DRENAGEM LINFÁTICA

GILSON S. VIEIRA
no Santos

Passante vitória de

Entre no MDCO RORSA
no em 24/10/18.

Foi submetido a Pres-
crito Curativo

em 27/10/18 sup

Inten comencios.

em acompanhamento sup
Prescrição no Alta

01/11/18

DERBY: 3032.5931 / 3032.2422 / 99880.4784
ILHA DO LEITE: 3039.3634
OLINDA: 3014.0001 / 3039.0030 / 99770.7700

Av. Gov. Carlos de Lima Cavalcanti, 95
Cep: 50.070-110 - Derby - Recife - PE

ARUANA SEGURODORA
31 JAN 2019

NOME: Gilson José Vieira de Santana

CONVÊNIO: AMIL

DATA: 27/10/2018

DIAGNÓSTICO:

Fratura de rádio diafisário a direita +luxação da articulação radio-ulnar distal

CIRURGIA:

FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO A DIREITA + MICRONEUROLISE + TENÓLISE NO TÚNEL OSTEOFIBROSO + REPARAÇÃO LIGAMENTAR DO CARPO + RADIOSCOPIA PARA ACOMPANHAMENTO DE CIRURGIA

CIRURGIÃO: KÁSSIO MACÊDO 1º AUXILIAR: HERMES FISCHER

ANESTESISTA: MIRELLA PERRUCI

INTRUMENTADOR: MARCIA

ANESTESIA: BLOQUEIO DE PLEXO + SEDAÇÃO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPÇÃO + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
3. GARROTE DE MSE
4. ACESSO DE THOMPSON PARA ACESSO A DISTAL DIAFISÁRIO
5. MICRONEURÓLISE DE PROTEÇÃO DO NERVO SENSITIVO RADIAL
6. DIVULSAO POR PLANOS
7. FRATURA DO RADIO COM LESÃO LIGAMETAR RADIOCARPAL
8. REDUÇÃO E ESTABILIZAÇÃO DA FRATURA COM PLACA BLOQUEADA 7 FUROS COM 04 PARAFUSOS BLOQUEADOS E DOIS CORTICAIS
9. CONFIRMADA REDUCAO COM INTENSIFICADOR DE IMAGEM
10. BOM POSICIONAMENTO VISUALIZADO EM INTENSIFICADOR
11. TENÓLISE NO TÚNEL OSTEOFIBROSO EM ARTICULAÇÃO RADIO-CÁRPICA
12. REPARO LIGAMENTAR DO CARPO
13. PASSAGEM DE FIO DE K 2.0 *P/60, 2,5*
14. SUTURA DE PELE COM NYLON 4-0, TALA AXILO-PALMAR

MATERIAL UTILIZADO: MALHA TUBULAR + ATADURAS DE 15 + LÂMINAS DE BISTURI 15 + PACOTES DE COMPRESSA + PACOTES DE GASE + ALGODÃO ORTOPÉDICO + MICROPORE ESTERIL + INTENSIFICADOR DE IMAGENS + NYLON 4.0+ ATADURA GESSADA+ SF0,9%500ML
OPME: 01 PLACA BLOQUEADA VOLAR PARA RADIO DISTAL

02 PARAFUSOS CORTICAIS

04 PARAFUSOS BLOQUEADOS

01 FIO DE K 1.5

Dr. Kássio Macêdo
Cirurgião da Mão
CRM: 18.925

ARUANA SEGURODORA
31 JAN 2019

SOLB

Clinicas Especializadas

ESPECIALIDADES:

ORTOPEDIA

DERMATOLOGIA

PNEUMOLOGIA

CARDIOLOGIA

CIRURGIA VASCULAR

NUTRICIONISTA

PEDIATRIA

PSIQUIATRIA

FONOAUDIOLOGIA

PSICOLOGIA

ENDOCRINOLOGIA

BUCO-MAXILO-FACIAL

REUMATOLOGIA

ESPECIALISTA EM DOR

OSTEOPATIA

CLINICA MEDICA

RPG

ACUPUNTURA

DRENAGEM LINFÁTICA

GILSON S. V. NO SANTANA

Psicólogo vítima de

assalto com moto

ONDO NOVA FANTASIA

DE MARIO ADESSIMO (CIP 5523)

AGORA NA A ZONA

LIGAMENTO DE PULÃO

SUBSTITUIÇÃO E IMPLANTACÃO

CIRURGIA DO UTERO
(27/10) e esta em tratamento
muito rápido sem prejuízo
do leite por mais de 30 dias

DERBY: 3032.5931 / 3032.2422 / 99880.4784

ILHA DO LEITE: 3039.3634

OLINDA: 3014.0001 / 3039.0030 / 99770.7700

Dr. Cassio Macêdo
CIRURGIA DA MÃO
CRM: 16.925

Av. Gov. Carlos de Lima Cavalcanti, 95
Cep: 50.070-110 - Derby - Recife - PE

ARQUIVO REGISTRADO
31 JAN 2019

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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: <u>24/10/2019</u>	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: <u>24/10/2018</u>
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: <u>Wilson José Vieira de Santana</u>	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: <u>fratura de Galeazzi antebraço Dir.</u>	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA): <u>Osteossíntese com placa e parafusos em 27/10/18</u> <u>Fisioterapia motora - 30 sessões</u>	
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> 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	<u>Dor, déficit de força e AIDR no</u>
2º	<u>antebraço Dir. Com perda</u>
3º	<u>funcional de 50% no antebraço</u>
4º	<u>Dir.</u>
5º	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE <u>22/01/19</u> A <u>22/01/19</u> E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
LOCAL <u>Goiana PE</u>	ASSINATURA E CARIMBO <div style="text-align: right;"> <u>Dr. Alisson F. Vieira</u> Ortopedia - Traumatologia CRM-PE 66130/2014 E 17600 SBOT 12614 </div>

ARQUIVADO
31 JAN 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA SAÚDE
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
 SECRETARIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA

GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA

DOC. IDENTIDADE / CPF. EMISSOR / UF
6364952 HGP PE

CPF **052.888.434-26** DATA NASCIMENTO **10/09/1984**

FILIAÇÃO
JOSE VIEIRA DE SANTANA
LOIZA RODRIGUES DE FREITAS SANTANA

PERMISSÃO **000000000000000000** VIGÊNCIA **03/10/2003** CAT. RAR **AD**

Nº REGISTRO **03045303935** VIGÊNCIA **11/09/2023** 1ª REGISTRAÇÃO **03/10/2003**

OBSERVAÇÕES

Gilson José Vieira de Santana

ASSINATURA DO EMITENTE

LOCAL **RECIFE, PE** DATA EMISSÃO **21/09/2018**

[Assinatura]
 Dr. Carlos Anderson Souza Ribeiro
 Gerente Regional
 SECRETARIA DE VIGILÂNCIA

500.3446708
 PE687986113

PERNAMBUCO

DENATRAN - CDHTRAN

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1683318277

PROBIBIDO PLASTIFICAR
1683318277

ARUANA SEGUROPORA
 31 JAN 2013

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/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu João Guilherme mangabeira de Carvalho

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324 / 65 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Gilson José Vieira de Santana inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.288.434 / 26

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Gilson José Vieira de Santana

inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.288.434 / 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>Rua Duque de Caxias</u>	Número: <u>170</u>	Complemento: <u>Nº</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Itaquitinga</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>arleneperia.gilma@gmail.com</u>	CEP: <u>55900-000</u>	Tel.(DDD): <u>(51) 3626-3471</u>

Local e Data: Goiana - PE 23.01.2018

Assinatura do Declarante

ARUANA SEGURADORA
31 JAN 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014205039782
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 000-RENAVAM 1113943588 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME
GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA

ICARASSU-PE

OPF / ONPJ 052.288.434-25 PLACA OYM7914

PLACA ANT. / UF ***** PE CHASSI 9C2AD0910R423226

ESPECIE TIPO FAB / MOTOCICLISTA COMBUSTIVEL ALCOOL/GASOL

MARCA / MODELO ANO / FAB. / ANO MOD.

CAP / POT. / CL 2P/162CL. CATEGORIA PARTIC. COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA IPVA 2018 QUITADO VENC. / COTAS 1* ***** 2* ***** 3* *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 10F (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

ICARASSU 23/04/18

Charles Andrews Souza Ribeiro Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO OIL MANTEN PERICULOS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAQ - SEGURO DPVAT

PE Nº 014205039782 BILHETE DE SEGURO DPVAT
GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA 53600-000

CASA ICARASSU-PE

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

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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 23/04/18

VIA 1 OPF / ONPJ 052.288.434-25 PLACA OYM7914

RENAVAM 1113943588 HONDA / HONDA BROS ESOD

AN. V. 2017 09 9C2AD0910R423226

PREMIO TARIFARIO

PIS (R\$) DENATAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) DIFERENCIAL DO SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE COTAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.248.108/0001-04

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



ARUANA SEGURADORA
31 JAN 2013

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190087330 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA **Data do acidente:** 24/10/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSO DO ANTEBRAÇO À DIREITA.
LESÃO LIGAMENTAR RADIO CARPAL À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA/PARAFUSO/FIO DE K/MICRONEURÓLISE).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Gilson Jose Vieira de Santana
 DATA DO ACIDENTE 24.10.2018 CPF DA VÍTIMA 052.288.434-26
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA DO DE CAZIAS
 Nº 170 COMPLEMENTO
 CIDADE GOIANA UF PE BAIRRO CENTRO
 CEP 55900-000
 E-MAIL TELEFONE ()

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) 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)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DO 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
 (X) BOLETIM DE ALENTOAMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 16 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 FISCAS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO 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 16 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 15.500,00. 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 8317118 SDS PE
 ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 31 JAN 2019
 NOME NA SEGURADORA
 ASSINATURA [Assinatura]

PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT

Outorgante: Gilson José Vieira de Santana
RG/CNH/CTPS: 6366352 SSP/PA CPF: 052.288.439.26
Profissão: Agente
Estado Civil: Casado
End: Rua da União, 589, Centro, Itaquianga

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: Gilson José Vieira de Santana

Acidente: 24.10.2018

Cobertura: Invalididez

Itaquianga PE, 13 de novembro de 2018.

GILSON JOSÉ VIEIRA DE SANTANA

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE ITAQUITINGA
TITULAR: PLÁCIO NEMRICH SILVA POZZOBON
Telefone: (81) 3508-0022

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a firma de GILSON JOSÉ VIEIRA DE SANTANA. Dou fé Itaquianga-PE 13/11/2018 em testemunho da verdade, o Tabelião

>>> Emolumento R\$ 3,59 TSMR 0,80 PERC 0,40 Total R\$ 4,79

Selo: 0159624-ITR09201801.00557 13/11/2018 10:48:59
Consulte autenticidade em www.tjpa.jus.br/seledigital



ARQUIVADO
31 JAN 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037631/19

Vítima: GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA

CPF: 052.288.434-26

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/10/2018

Titular do CPF: GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO : 083.562.324-65

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

GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA : 052.288.434-26

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: 31/01/2019
Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO
CPF: 083.562.324-65

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

Josyelli de Oliveira Cabral