

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

052.288.434-26 Gilson José Vieira de Santana

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS DA VÍTIMA/ BENEFICIÁRIO (APENAS A FISICA/MATERIAL)

Nome completo:

Gilson José Vieira de Santana

CPF:

052.288.434-26

Número:

589

Complemento:

—

Profissão:

Eletronico

Endereço:

Rua da União

Estado:

PE

CEP:

55900-000

Bairro:

Centro

Cidade:

Itaquitanga

(DDD):

(81) 3626-3771

Email:

gilson.vieira@gmail.com

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

RENDIMENTO:

RECUZO 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)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0877

CONTA: 16228

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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 VÍTIMA/ BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA A 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 da 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, por Invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 32, §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 VÍTIMA/ BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA A COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data da 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: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente daque que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a Indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem a proveram 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.

Impronta digital da vítima ou beneficiário não representado

Local e Data: Itaquitanga - PE 23.01.2019  
Nome: Gilson José Vieira de Santana  
CPF: 052.288.434-06

(\* ) Assinatura de quem assina a RODO

Gilson José Vieira de Santana

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

310-666678766-9

06/NOV/2018

HORA DF 11:00:10

L07, 15.015478-0  
LOCALIDADE: ITAQUITINGA  
AG. VINCULADA: 0774

TERM 018579

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

0877,00016228-1

NOME: GILSON JOSE VIEIRA DE SANTOS

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DIA LIMITE	SALDO
16/10	0,00
18/10	0,00
05/11	0,00

0,00  
0,00  
0,00

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

DIA LIMITE	SALDO
16/10	0,00
18/10	0,00
05/11	0,00

0,00  
0,00  
0,00

RESUMO EM 05/11  
SALDO

0,00  
0,00  
0,00

RESUMO DO DIA  
SALDO BLOQUEADO  
SALDO DISPONIVEL  
SALDO TOTAL

310-666678766-9

1ª VIA

ARUANAS CECI RODRIGUES  
31 JAN 2013



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

Nº / ANO  
**K-2489/18**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

**I - LOCAL E DATA**

COM ANEXO	X	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	

**III - CONSEQUÊNCIA**

SEM VITIMA	COM VITIMA	X	MORTOS		FERIDOS	X
N/VÉIC. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE		-	IDENT.	01	NÃO IDENT	-

**IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTANCIAIS**

ACID. VERIFICADO	CONDIÇÕES/VIA	CONDIÇÕES/TEMPO	PERÍODO/DIA	SEMAFORO
Longo da Via	Seca	X Bom	X Manhã	S/Desfeito
Cruzamento	Molhada	Chuva	Tarde	C/Desfeito
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

**VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES**

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

**VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS**

Proprietário		Tomou Conhecimento
Natureza das Avarias		31 JAN 2019

### VIII – VEÍCULOS

QUANTO À TRAÇÃO – 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	Evidiu - 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	Nº do Chassis	Ano	Renavam	Placa	F
Município					Veículo de Carga nº de Eixo	
Carregado		Apreendido		Liberado		Evidiu - 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.	Órg. Exp.	CPF		

### TESTEMUNHA – 02

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

### VÍTIMA – 01

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

### VÍTIMA – 02

Nome	Natureza dos Ferimentos			Leve	Graves		Mortais	
GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA	Motorista				Passageiro		Pedestre	
Estado Civil	Casado				Nacionalidade			Naturalidade
Profissão	Residência					Bairro		
Município	ITAQUITINGA			UF	PE	Rg.	6366952	Órg. Exp.
Socorrido	HOSPITAL BELARMINO CORREA					Município		
Dados Fornecidos Por	VITIMA							
Residência						Bairro		
Município				UF	Rg.	Órg. Exp.		CPF

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



### XII – INFRAÇÕES COMETIDAS

	V.1 / V.2		V.1 / V.2
Dirigir s/ CNH ( Art. 162 J CTB )		Deixar de Prestar Inform. s/ acid. ( Art. 176 V CTB )	
Conduzir Veíc. n° Lic. ( Art. 230 V CTB )		Desob. Ordens do Agente trâns. ( Art. 195 CTB )	
Conduzir Veíc. s/ Doc. Porte Obrig. ( Art. 232 CTB )		Conduzir Veíc. C/ Lacre Violado ( Art. 230 I CTB )	
Dirigir Sob. Influenc. Álcool ( Art. 165 CTB )		Conduzir Veíc. S/ Placa ( Art. 230 IV CTB )	
Deixar de Prestar Socorro à Vítima ( Art. 176 I CTB )		Conduzir Veíc. C/ Placa Ileg. ( Art. 230 VI CTB )	
Deixar de Adotar Prov. P/ Evitar Perigo Trâns. ( Art. 176 II CTB )		Conduzir Veíc. Alter. De Caract. ( Art. 230 VII CTB )	
Deixar de Preservar Local de Acid. ( Art. 176 III CTB )		Conduzir Veíc. Defeito Equip. Obrig. ( Art. 230 IX CTB )	
Deixar de Remover Veíc. Qdn. Determ. ( Art. 176 IV CTB )		Outras	

### XV – AVARIAS APARENTEIS

VEÍCULO – 01

**EM ANEXO**

VEÍCULO – 02

**EM ANEXO**

### XVI – DADOS NECESSÁRIOS

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

Confere com o original que me foi apresentado.

Data: 05/11/2018

*Dra. Y. Oliveira*



#### IV – SIMBOLOGIA

Automóvel e Outros Veículos de 04 Rodas		
Ônibus, Caminhão ou 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 -		
	-----	

#### XIII – CROQUI

### **EM ANEXO**



**DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM**  
**PMPE - DGO - CFE - EPRV**  
**Batalhão Cel. Manuel de Souza Neto**



**XII - INFRAÇÕES COMETIDAS**

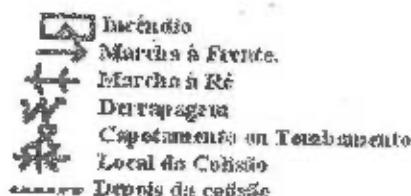
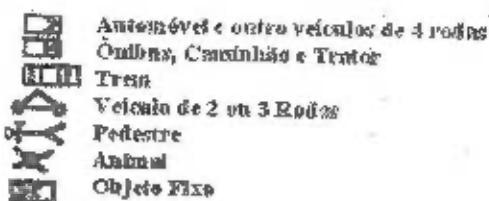
Dirigir S/ CNH (Art. 167, I, CTB)  
 Conduzir veíc. s/ doc. Port. obrig (Art. 232 CTB)  
 Conduzir veíc. s/ doc. Porte obrig. (Art. 232 CTB)  
 Dirigir sob influência Alcool. (Art. 165 CTB)  
 Deixar de prestar socorro à vítima (Art. 336, CTB)  
 Deixar de adotar prov. Pr. evitar perigo imin. (Art. 136, CTB)  
 Deixar de preservar local de acid. (Art. 176 VIII CTB)  
 Deixar de restringir veíc. Qdo Permit. (Art. 176, IV CTB)

v1 v2	Deixar de prestar infraç. S/ (Art. 176, v. CTB)
	Desob. Orden. do Agente Trâns. (Art. 195 CTB)
	Conduzir veíc. s/ licen. viável (Art. 336, I CTB)
	Conduzir veíc. s/ placa (Art. 230 IV, CTB)
	Conduzir veíc. c/ placas lig. (Art. 230 VI, CTB)
	Conduzir veíc. Alter. De corret. (Art. 230, VII CTB)
	Conduzir veíc. Defeito equip. dirig. (Art. 230, IX)
	Outras: _____

**XIII - CRONOGRAMA**

Veículo Retirado da via por Policiais.

**XIV - SIMBOLOGIA**



- Veículo entregue para SENHORA GÉSIAINE LUIZ DE FIGUEIREDO SANTOS, CNH: 03972731797, categoria AB, VACINADA, 31/01/2022, a mesma sendo a comunicação feita pelo proprietário cierte.

**XV - AVARIAS APARENTEIS**

**VEÍCULO - 1**

• Guibôs emplamados;  
 • Ousbramento: Para lento dianteiro, canaleta esquerda, revisão esquerda, farol, lanterna indicadora dianteira dianteira.

**VEÍCULO - 02**



**XVI - DADOS NECESSÁRIOS**

1 - Reboque efetuado: Polícia Militar

Particular

Não efetuado

2 - Comunicado à Delegacia de:

Nome do recebedor 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:





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



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT N° \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_).

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

*(Handwritten description of the accident scene, including vehicle positions and damage)*



\*\*\*\*\*

Veículo:

Nome do Condutor:

RG:

Placa do Veículo: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

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.

*ARQUIVADA FOTOCÓPIA  
31 JAN 2013*



2000

# 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:

Nome completo da vítima:

052.288.434-26 Gilson José Vieira de Santana

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS (ADERENTES MENSAL DA PESSOA FÍSICA) CIRCUITOS USO/Nº 445/2012

Nome completo:	CPF:
Gilson José Vieira de Santana	052.288.434-26
Profissão:	Número:
Funcionário	589
Endereço:	Complemento:
Rua da União	-
Bairro:	CEP:
Centro	55900-000
Cidade:	(DDD):
Itaquitanga	(81) 3626-3771
Email:	
gilson.vieira@gmail.com	

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

RENDIMENTO MENSAL:	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA			

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E CRÉDITO

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Name do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____
AGÊNCIA: 0877 CONTA: 16228 Dígito: 1	CONTA: _____ Dígito: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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 NÚCLEO FAMILIAR - PREENCHIMENTO SÓ MÉTICO 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 da 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, por Invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 32, §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 NÚCLEO FAMILIAR - PREENCHIMENTO SÓ MÉTICO PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data da 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---	--	---

Estou ciente da que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a Indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem a proveram 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: Itaquitanga - PE 23.01.2019 Nome: Gilson José Vieira de Santana CPF: 052.288.434-06	TESTEMUNHAS 1º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura _____
---	---

(\* ) Assinatura de quem assina a RODO

Gilson José Vieira de Santana  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor 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

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93**



Grado Magistrale

[www.cesipe.com.br](http://www.cesipe.com.br)

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02

**COMERCIAL 118 | PRONTIDÃO 118**

Atendimento ao deficientes auditivos ou de fala: 0800 281 0142

Quildorla 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado

CEARÁ-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Grátis de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

187-Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE  GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA  CPF: 052.258.434-28	DATA DE VENCIMENTO  <b>29/01/2019</b>	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL  22/01/2019	CONTA CONTRATO  004005885767
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  RUA DA UNIAO 569  CENTRO/ITACUITINGA 56980-000 ITACUITINGA PE	TOTAL A PAGAR (R\$)  <b>190,37</b>	DATA DA APRESENTAÇÃO  22/01/2019	NF DO CLIENTE  2002356500
		NÚMERO DA NOTA FISCAL  047712062	NF DA INSTALAÇÃO  0001497852
CLASSIFICAÇÃO		<b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> Monofásico	
RESERVADO AO FISCO		A57C.2C46.385C.26F6.7FB5.20FF.1133.ABA3	
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição para consulta em nossas unidades de atendimento e no site <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a>			

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDEIROR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO KWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000000001361812	CAT	22/12/2018	25.764,00	22/01/2019	26.013,00	31	1,00000	0,00	249,00

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	22,89			
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,38	8,72	18,46			
DMIC-Duração média da Interrupção pelo continente		0,00	3,23	0,00	0,00			
DICRI-Duração das interrupções em dia critico			Limite DICRI: 12,22					
<b>BUSG-Valor do Encargo de Use - R\$ 48,35</b>								
Todo Consumidor pode activar a sparinga dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI e qualquer tempo.								

44. 指出以下各項中，屬於虛擬詞根的是？

Pague no ponto mais perto de você! ag correios Itatim; avenida antônio carlos de almeida centro / ponto de medicamentos nossa se: av antônio carlos de almeida 387 centroLista completa em [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br).

No dia da loteria a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em [www.anatel.gov.br](http://www.anatel.gov.br).

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pagão, em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo, milhares de reais.

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os pedidos de atendimento comercial.

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

**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

ESTÁGIO 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 cartão será usado em leitora ótica.

TALÃO DE PAGAMENTO

83870000010 903700110048 005685767108 137297807736

**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**



AVENIDA BRASÍLIA, 1000 - CENTRO - GOIÁS  
CEP: 74010-000 Fone: (62) 3209-0011  
Inscrição Estadual: 181.601.001-2  
CNPJ: 09.765.035/0001-10  
Qualidade da Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 20181210399440 Escritório: GOIANA  
FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DETALHES DO CLIENTE MELICIO DA COSTA LEITE NEZO R DQ CANTAS, N. 00170 - CASA-D - CENTRO GOIANA PE 55900-000 INSCRIÇÃO: 062.490.765.034.000		MATRÍCULA: 1120163548	DATA DE EMISSÃO: 07/02/2019
PROPRIETÁRIO: SINDICATO PARA ENTREZI		GRUPO: 13	OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: D10399446.0
ESTADO: PIAUÍ LIGADO	ESTADO: PIAUÍ POTENCIAL	ESTADO: PIAUÍ PERIODICIDADE	QUANTIDADE DE MEDIMENTOS EXEMPLAR
KITREMETE A12F163548	PÁTA LEIT. ANTIGO: 07/12/2018	PÁTA LEIT. ATUAL: 07/01/2019	DATA LEIT. ATUAL: 07/01/2019
ÁGUA LEIT. ANT.: 341 LEIT. ATUAL: 341 LEIT. FAT.: 341	CONSUMO: 6 HD PARADO	ESGOTO LEIT. ANT.: LEIT. ATUAL: LEIT. FAT.:	VOLUME: 0
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO		NÚMERO DE AMOSTRAS	
11/2018 17	A [REDACTED]	HORA PELA PORT. ME 2.914/11	ANALISES REALIZADAS
10/2018 15/	A [REDACTED]	45	45
09/2018 1/	A [REDACTED]	45	45
08/2018 10/	A [REDACTED]	45	45
07/2018 14/	A [REDACTED]	45	45
06/2018 5/	A [REDACTED]	45	45
MÉDIA 8/ 0	B [REDACTED]	45	45
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 TORBIDEZ 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 ÁGUA		6 ME	50,75
MULTA P/IMPONTUALIDADE	10/2018		2,41
JUROS DE MORA	09/2018 08/2018 07/2018		3,06
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	24:00 - 00:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	00:00 - 06:00	1,66	1,00
FAIXA HORÁRIA	06:01 - 12:00	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA	12:01 - 23:59	2,50	1,62
FAIXA HORÁRIA			



**ARUANA SECUNDÁRIA**  
31 JAN 1983

ATESTADO MÉDICO

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

CID:

SS2

Recife, 27 de Outubro de 2018

Dr. Kássio Macêdo  
CIRURGIA DA MÃO  
COT 100022

Kássio Macêdo

ARUANA SEGUROADORA  
31 JAN 2019

**MEMORIAL HOSPITAL DE GOIANA**  
ROD PE 75 KM 2.2.0 --GOIANA-PE-CEP:55900000

## GUÍA DE ATENDIMIENTO

Convenio.....:00073- AMIL Registro.....:01743144 Paciente.....:00036537-GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA Nome MÃe.....:LUIZA R P SANTANA Observacao.....:  
Endereco.....:RUA DA UNIAO,593 CENTRO ITAQUITINGA PE Entrada.....:24/10/2018 as 20:30 Matricula.....:850138183 Senha Autoriz.: Identidade....:6366952 Medico.....:00387-JONATHAS CARLOS DE LIMA-MEDICO-CARDIOLOGISTA Senha Autoriz.:356 Felix Falke O.P.....:  
Tipo.:CO Sexo.:M Idade:34a, 1m, 22d (10/09/1984) Alta.: / / / / Validez.....: / / Vcto.Senha Aut.: / / CPF:052.288.434-26 Clinica Vcto.Senha Aut.: / /

EXAME CLINICO.: Paciente vítima de colisão entre clássicos e  
 fólio. Queixa de dor no lado esquerdo do abdômen.  
 CID.....: Síndrome de Torsão. Causa: obstrução.  
 H.D.....: Dor abdominal intensa. Dor de dor intensa.  
 CONDUTA.....: Dor abdominal intensa. Dor em dor intensa.  
 EXAMES: Fazendo.  
 COMPLEMENTARES: Fazendo.  
 Data: 14/01/70  
 Fazendo.  
 Data: 15/01/70  
 Sintomas: Dor abdominal intensa.

**PRESCRICAO**

1) Emetic del fure e antihg. Tente,  
2) Oxa Quinal  
3) se Cervel  
4) Tramal 100g algt 100g Sop x 60  
5) Guelha de Ciprino  
6) Lec soado p.  
7) Nourder 12 Sop + 200g  
8) Nourder 10g soado

Porto C) Ex. André Gérard, ex-leader Sénado  
Séok Gén. Gén. ex-deputado e antigo diretor C/  
potens Gén. de Galiza (fotur pág. 109) &  
Gén. Clémentine de Montesquieu e os engenheiros C/ o  
velho Ex. presidente do parlamento do velho.  
Correto: ① Engenheiro de Arquitetura P) Conceito de John G,  
Cunha.

## **RECEPÇÃO: LUCIVANIA**

② S.R.L. Joosend &  
Dwighte Gilbolmon.

Dr. Teresa Rakel  
Medical  
CRM-PE 23-A12

~~ARUANIA SE~~  
31 JAN 2013

# **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 MEDICA  
RPG  
ACUPUNTURA  
DRENAGEM LINFATICA

GILSON S. VIEIRA  
no Santos

Bracante vitória no  
Entrea no moco nasal  
No dia 24/10/18.  
Foi submetido a paro-  
mento claudes  
em 27/10/18 sup  
lata coradas.  
em acolchamento sup  
paciente 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 SEGURADORA**  
31 JAN 2019

NOME: Gilson José Vieira de Santana

CONVÊNIO: AMIL

DATA: 27/10/2018

DIAGNÓSTICO:

Fratura de radio 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 + ANTISSEPSIA + 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 LIGAMENTAR 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 *P160 c 1,5*
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 + MICROPORÉ

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  
CIRURGIA DA MÃO  
CRM: 18.925

ARUANA SEGUROADORA  
31 JAN 2018

# **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 LINFATICA

GILSON S. V. NO SANTANA

Presente vitória no

recontro com resto

ONDE NOVA FANTOMA

DO MODO PESQUISADO (AO 3500)

AVANÇOS A ZONA

VIGILANTE DO PUNTO

SUBSTÂNCIA E INCONCENTRADA

EXCELENTE DO CEGUEIRA

(27/10) e esta em neuropatia

Muito perreco que previu

DO neta POR LARO AO 30 DAS

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

ARUAMA RECUDORA  
31 JAN 2013

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

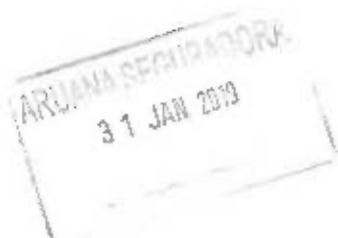
DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 24/10/2018	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 24/10/2018
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Wilson José Vieira da Gama	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura de Galeazzi antebraço Dir.	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):  osteossíntese com placa e parafusos em 27/10/18 Fisioterapia motora - 30 sessões	
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO Caso positivo descrever:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU BEJA, 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	Dor, déficit de força e fino no
2º	antebraço Dir. Causa perda
3º	funcional de 50% no antebraço
4º	Dir.
5º	

AFIRMO QUE ASSISTEI OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE <u>22/10/19</u> A <u>22/10/19</u> E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	Dr. Alisson F. Vieira Ortopedista - Traumatologista CRM-PB 66134 CRM-FE 17600 RGOT 12814
Local: <u>Goiânia PE</u>	Data: <u>22/10/19</u>
ASSINATURA E CARIMBO	





ARUANA SEGUROADORA  
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](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Juá Guilherme mangabeira de Carvalho

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

Gibson José Vieira de Santana inscrito (a) no CPF sob o N° 052-288-4311-06  
do sinistro de DPVAT cobertura Imobilizado da Vítima Gibson José Vieira de Santana

Inscrito (a) no CPF sob o N° 052-218-434 / 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>10</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Itaquitimba</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:	<u>araujanajr.apiana@gmail.com</u>			CEP:	<u>55900-000</u>

Local e Data: Cajazeiras - PE 23.04.2018

  
Assinatura do Declarante

  
ARUANÁ SEGURO  
31 JAN 2013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETIBAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
Nº 014205039782  
VIA: 052-PE-NENHUM R.N.T.R.C.: EXERCÍCIO:  
1 1113943588 \*\*\*\*\* 2018

GILSON JOSÉ VIMIRA DE SANTANA

IGARASSU-PE

CPF / CNPJ	PLACA	
052 288 434-26	QYM7914	
PLACA ANTOUE	CHASSI	
***** 434	HONDA / XR160 Bros ESOD	
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL	
BAB / MOTOCICLETA	ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO	ANO FABR. ANO MOD.	
CAP / POF / CIL.	CATEGORIA	
2P/162C1	PARTIC	
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA
IPVA 2018 QUITADO		1: *****
FAIXA IPVA		2: *****
1		3: *****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) PNF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
SEGURADORAS PARCELAMENTO / COTAS

**SEGURO OBRIGATÓRIO**

OBSERVAÇÕES:

**RESERVA  
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO  
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA**

IGARASSU

Assunto Andrews Souza Barreto  
DIRETOR PRESIDENTE METRANS/PE

DATA  
23/04/18

SEGURO OBRIGATÓRIO OBRIGATÓRIO PESSOAS CAUSADAS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

PE Nº 014205039782 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
GILSON JOSÉ VIMIRA DE SANTANA  
53600-001

CASA IGARASSU-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA:	052-288-434-26	EXERCÍCIO: 2018	DATA EMISSÃO: 23/04/18
RENAVAM:	1113943588	PLACA: QYM7914	
ANO FABR.:	2017	ANO MOD.:	2017
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		CUSTO DO BILHETE (R\$)	
SEGURADORAS PARCELAMENTO / COTAS		SEGURADORAS PARCELAMENTO / COTAS	
1		1	
2		2	
3		3	

**PRÉMIO TARIFÁRIO**

PNF (R\$)	DENATHAN (R\$)	OURO DO SEGUNDO (R\$)
SEGURADORAS PARCELAMENTO / COTAS	SEGURADORAS PARCELAMENTO / COTAS	SEGURADORAS PARCELAMENTO / COTAS
1	1	1
2	2	2
3	3	3

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.246.808/0001-04

LERTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT  
ELS NAO È DE PORTE OBRIGATÓRIO.

ARUANA SEGURO  
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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

Seguradora Líder • DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Gilson José 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 202 DE CAXIAS

Nº 120 COMPLEMENTO

CIDADE Goiânia

UF PE

BAIRRO CENTRO

CEP 55900-000

E-MAIL

TELEFONE ( )

MARQUE  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)
- COMPROVAÇÃO 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 COPIA 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 QUÊM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 18 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
- FONHAS FISCAIS (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 COPIA 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 QUÊM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 18 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- 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, ACESSE [WWW.DPVATSEGURADODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURADODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 622 5204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE 8317.118.505-PE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME 31 JAN 2018

ASSINATURA

## PROCURAÇÃO PARTICULAR - Dpvat

Outorgante: Gilson José Vieira de Santana  
RG/CNH/CTPS: 63663 52 SDS/PE CPF: 052.288.434-26  
Profissão: Quinti  
Estado Civil: Casado  
End: Rua da União, 589, centro, Itaquititinga

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: Invalidez

Itaquititinga-PE , 13 de novembro de 2018.

GILSON JOSÉ VIEIRA DE SANTANA  
(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE ITAQUITTINGA  
Titular: FLÁVIO HENRIQUE SIZIWA POZZOBON  
Telefone: (81) 3508-0022

RECONHECO por AUTÊNTICIDADE a firma de GILSON JOSÉ VIEIRA DE SANTANA. Sou fá Itaquititinga-PE 13/11/2018. Em testemunho da verdade, o Tabelião  
>>> Emolumento R\$ 3,50 TSNR 0,80 FERC 0,40 Total R\$ 4,75.

Salvo: 0159624-ITR09201801.00557 13/11/2018 10:48:59  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/eletrodigital](http://www.tjpe.jus.br/eletrodigital)



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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 24/10/2018

**Titular do CPF:** GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## 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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 31/01/2019

Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO  
CPF: 083.562.324-65

Data do cadastramento: 31/01/2019

Nome: Josyelli de Oliveira Cabral  
CPF: 054.598.464-55

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Josyelli de Oliveira Cabral