

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200013615

Vítima: RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 25/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLA MARIA FIRMINO MELO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000773

Conta: 00000032378-6

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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 15ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - BELO JARDIM

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0046002156**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/11/2019** às **23:36**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **25/8/2019** às **21:40**

Fato ocorrido no endereço: **RUA FRANCISCO BEZERRA, 1** - Bairro: **SAO PEDRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS**



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

RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA VALDIRENE DA SILVA SANTOS** Pai: **SABINO JANUÁRIO DOS SANTOS NETO** Data de Nascimento: **5/3/1990** Naturalidade: **PESQUEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA LUIS HERMINIO DA SILVA, 10 - CEP: 0 - Bairro: SANTO ANTONIO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 110I** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCO0060** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **1199837811** Chassi: **9C2JB0100KR114996**

Complemento / Observação

A VÍTIMA SEGUIA EM ALTA VELOCIDADE E ESQUECEU DO "QUEBRA - MOLAS" QUE HAVIA NA CITADA RUA. AO PASSAR PELO MESMO PERDEU O EQUILÍBRIO DA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR SE LESIONANDO CONFORME FICHA MÉDICA ANEXA.

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

x *Renato Rafael da Silva Santos*
RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: *[Signature]* **JOSE DE ASSIS SILV** - Matrícula: **320337-9**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 704.768.304-60 4 - Nome completo da vítima: RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS

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

5 - Nome completo: RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS 6 - CPF: 704.768.304-60
7 - Profissão: NÃO POSSUI 8 - Endereço: RUA LUIS HERMINIO DA SILVA 9 - Número: 10 10 - Complemento:
11 - Bairro: SANTO ANTONIO 12 - Cidade: BELO JARDIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55152-510
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81 991686771

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0773 CONTA: 032378 6 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Belo Jardim - 09/01/2020

Renato Rafael da Silva Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Prefeitura de
Belo Jardim
A mudança começa com trabalho

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº: _____

Data: 25.08.79

Hora: 21:15

Unidade de Saúde: **HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA**

PACIENTE

NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF:

Nome: Renato Rafael da Silva Santos Idade: 29

Data de Nascimento: 05/03/50 Sexo: M Cor: P Estado Civil: S

Naturalidade: Resende PE Profissão: Agricultor

Endereço: Rua Luiz Hermenegildo 109 Stº Antônio

Procedência: Belo Jardim PE Telefone: _____

RESPONSÁVEL

Responsável: o mesmo Parentesco: _____

Endereço: _____ Fone: _____

Trazido por: _____

Endereço: _____ Fone: _____

OCORRÊNCIA

Local do Acidente: _____ Data: 1 / 1 / _____ Hora: _____

NATUREZA
DO
ACIDENTE

☐ Casual

☐ Acid. do Trânsito

☐ Tentativa de Suicídio

☐ Queda

☐ Intoxicação

☐ Outras Causas

☐ Acid. do Trabalho

☐ Agressão

Atendimento: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico

História da Doença Atual:

queda de meta há 3 horas com restrição de movimentação
de ambos os braços

na região -

EXAME - FÍSICO

Pressão Arterial: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____

- ALERGIAS

- DM

- HAS

Diagnóstico Provisório: _____

ATENÇÃO MÉDICA

[illegible]

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00773

CONTA: 000000032378-6

Nr. da Autenticação 60EF2C8F193303B3



AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 2019112373807

Escritório: BELO JARDIM

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE

JUBRACILDA PEREIRA DA SILVA

R LUIS HERMINIO DA SILVA, N. 00010 - SANTO ANTONIO BELO JARDIM PE 55152-510

INSCRIÇÃO: 017.185.475.0048.000

GRUPO: 13

MATRÍCULA:

00237380.7

11/2019-5

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 00237380.7

RESPONSÁVEL

ENDEREÇO PARA ENTREGA

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	QUANTIDADE DE ECONOMIAS			
LIGADO	POTENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
		1			
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL		TIPO DE CONSUMO (A/E)	
NÃO MEDIDO				N MEDIDO /	

ÁGUA
LEIT. ANT.: CONSUMO: 10
LEIT. ATUAL:
LEIT. FAT.:
ESGOTO
LEIT. ANT.: VOLUME: 0
LEIT. ATUAL:
LEIT. FAT.:

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA/CONSUMO

10/2019	10/	A	
09/2019	10/	E	
08/2019	10/	A	
07/2019	10/	E	
06/2019	10/	A	
05/2019	10/	E	
MÉDIA	10/ 0	A	

PARÂMETROS

	NÚMEROS DE AMOSTRAS		
	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
TURBIDEZ	63	63	63
COR APARENTE	63	63	63
COLORO RESIDUAL	63	63	63
COLIFORMES TOTAIS	63	63	63
E.Coli	63	63	63

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E COLORO 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\$

ÁGUA		
RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
TARIFA MINIMA 44,08 POR UNIDADE	MINIMO	44,08
MULTA P/IMPONTUALIDADE 10/2019		0,88
JUROS DE MORA 08/2019		0,51

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	44,08	1,65	0,73
COFINS	44,08	7,60	3,35

VENCIMENTO: 20/12/2019

TOTAL A PAGAR: 45,47

PROBLEMAS COM A BEBIDA? LIGUE ALCOÓLICOS ANONIMOS (81) 3221-3592/98476-3207

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 08/01/2020



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185



0800-2813844

MATRÍCULA:

00237380.7

11/2019-5

VENCIMENTO: 20/12/2019

TOTAL A PAGAR: 45,47

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPEA

82890000000-8 45470018017-0 00237380701-1 11201950003-3



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-900
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 5005943-80 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

CARLA MARIA FIRMINO MELO

CPF: 076 723 044-29

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL
COMERCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA NUMERIANO A. BEZERRA, 37
GARAGEMBOA VISTA/BELO JARDIM
BELO JARDIM PE
55150-020

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
080819337	UNICA	14/10/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
14/10/2019	2010368892	294362

CONTA/CONTRATO	MÊS/ANO
7009352010	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÉVIA DE VENCIMENTO
21/10/2019	13/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	36,35

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	30,0000000	0,81089952	24,32
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,29
Acrescimo Bandeira VERMELHA			1,01
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,53
ICMS Subvenção-CDE-4F 073188234-13/08/19			0,31
Doação APAE - 0800 722 7273			7,00

TOTAL DA FATURA

36,35

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
9102935	CAT	11/09/2019	0 000,00	14/10/2019	0 036,00	33	1,00000		0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO kWh

OUT 19	30
SET 19	30
AGO 19	30
JUL 19	30
JUN 19	30
MAY 19	30
ABR 19	30
MAR 19	30
FEV 19	30
JAN 19	30
DEZ 18	30
NOV 18	30
OUT 18	30

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	24,32	24,00	5,84
PIS	25,81	1,38	0,36
COFINS	25,81	5,95	1,53

Faturado pelo sistema de taxa - Custo de Distribuição, Artigo 6º, Resolução ANEEL 474/2012.

TAXAS APLICADAS

0,54473007

RENDIMENTO AO FISCAL

DCAF 404E 53F 5 B1AF F0D2 0940 5453 1787

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no prazo mais curto de acordo com suas condições financeiras, para não ter seu nome em atraso e evitar custos extras. Não pague o mínimo em parcelas, pois isso pode gerar juros e multa. Para mais informações, consulte o site da Companhia CEPE, ou ligue 0800 722 7273. O cliente é responsável por manter o equipamento em perfeito estado de funcionamento. Pague em atraso multa de 2% (dois por cento) sobre o valor devido, conforme Art. 17 da Lei nº 4.086/2012 e multa de 0,1% (dez por cento) sobre o valor devido, conforme Art. 17 da Lei nº 4.086/2012. O consumidor pode cancelar o serviço de fornecimento de energia elétrica a qualquer tempo, sem custos adicionais.



DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

	VALOR APURADO 10/2019	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
ERC	0,00	5,07	11,36	22,08
ERC	0,00	0,30	0,60	1,20
ERC	0,00	0,28	0,56	1,12

Linha DCE 13,20

R\$ 0,50 - Valor de Energia de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 0,40

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	202 - 231

CONTA/CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7009352010	10/2019	21/10/2019	36,35

Pagamento através do Débito Automático em Conta Corrente

Banco 104-0 Agência 0773

Com o débito automático sua conta fica sempre em dia. Você pode solicitar o cancelamento do serviço a qualquer momento. Para mais informações ligue 118.

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu CARLA MARIA FIRMINO MELO inscrito (a) no CPF/CNPJ 076.723.044-29 / _____
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS inscrito
(a) no CPF sob o Nº 704.768.304-60 / _____, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 704.768.304-60 / _____, 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 RUA NUMERIANO ALVES BEZERRA		Número 37	Complemento GARAGEM
Bairro BOA VISTA	Cidade BELO JARDIM	Estado PE	CEP 55150-020
Email carlafirminomelo@hotmail.com	Telefone comercial(DDD) (81) 9.9569-0261		Telefone celular (DDD) (81) 9.9168-6771

BELO JARDIM, 08 de JANEIRO de 2020
Local e Data

Carla Maria Firmino Melo.
Assinatura do Declarante

**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

PACIENTE: RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO, ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APOS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S424 - FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO ÚMERO

DATA DE INTERNAMENTO: 01/09/2019

DATA DA CIRÚRGIA: 02/09/2019


DATA DE ALTA: 03/09/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 16/09/2019

HORÁRIO: 07:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 1 DE SETEMBRO DE 2019


Dra. Paula Cardoso
Médica
CRM: 23.999

MEDICO: PAULA CARDOSO DE NEGRECE

Prescrição.: 898817 Data: 16/09/2019 09:45

Usuário.: JOAOPAR

Atendimento: 242364 Dt Nasc: 05/03/1990 (29a 6m 13d)

Convênio.: SUS - AMBULATORIO

Paciente.: 774193 - RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS

Peso.: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 16/09/2019 07:36 0 Dias(s) Int

Médico.: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: Ciclo.: /

Diagnóstico:

Protocolo..

Classificação de Risco:

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.: JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO - CRM - null - 22622

FUNÇÃO: MÉDICO (A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



PRESCRIÇÃO MÉDICA

IMOBILIZAÇÃO	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 APARELHO GESSADO AXILO PALMAR G Obs.: DIREITO E ESQUERDO	1				Agora	16/09/09:45

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 RETIRADA DE PONTOS					Agora	
3 CURATIVO					Agora	
-> CLORETO DE SODIO SOL.INJ. 0.9% - 100ML	1	FRASCO AMPOLA				
-> ADAPTADOR P/FRASCO DE SOLUCOES DE SIST.FECHADO	1	UNIDADE				
-> LUVA CIRURGICA ESTERIL N. 8,0	1	PAR				

JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO
CRM 22622

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que RENATO RAFAEL
DA SILVA SANTOS residente RUA LUIZ HERMINIO
DA SILVA, 109 SANTO ANTONIO esteve internado
BELO JARDIM PE 25-08-2019 à
neste Hospital no período de _____ a _____
com diagnóstico de CID :
FRATURA DE prontuário nº _____
COTOVELO (D)

OBS: O original se encontra disponível ao INSS para averiguação neste arquivo.

OBS: Por motivo de danificação dos prontuários os mesmos estão sendo refeitos.

Belo Jardim 01/10/2019

Responsável



Prefeitura de
Belo Jardim
A mudança começa com trabalho

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº: _____

Data: 25.08.79

Hora: 21:15

Unidade de Saúde: **HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA**

PACIENTE

NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF:

Nome: Renato Rafael da Silva Santos Idade: 29

Data de Nascimento: 05/03/50 Sexo: M Cor: P Estado Civil: D

Naturalidade: Resende PE Profissão: Agricultor

Endereço: Rua Luiz Hermenegildo 109 Stº Antônio

Procedência: Belo Jardim PE Telefone: _____

RESPONSÁVEL

Responsável: o mesmo Parentesco: _____

Endereço: _____ Fone: _____

Trazido por: _____

Endereço: _____ Fone: _____

OCORRÊNCIA

Local do Acidente: _____ Data: 1 / 1 / _____ Hora: _____

NATUREZA
DO
ACIDENTE

☐ Casual

☐ Acid. do Trânsito

☐ Tentativa de Suicídio

☐ Queda

☐ Intoxicação

☐ Outras Causas

☐ Acid. do Trabalho

☐ Agressão

Atendimento: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico

História da Doença Atual:

queda de meta há 3 horas com restrição de movimentação
de ambos os braços

na região -

EXAME - FÍSICO

Pressão Arterial: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____

- ALERGIAS

- DM

- HAS

Diagnóstico Provisório: _____

ATENÇÃO MÉDICA

[illegible]

fachel

ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

PACIENTE: Renato Regal de Silva Santos, 25 anos

REGISTRO:

DADOS CLÍNICOS: Queixa de dor no 2º dedo da mão esquerda há 05 dias, com inchaço e vermelhidão. RX com fratura da base do 2º dedo.

EXAMES COMPLEMENTARES / RESULTADO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura da base do 2º dedo

CONDUTA ADOTADA: Imobilização

com gesso e analgésicos.

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO:

ENCAMINHADO PARA: HRA 5153009

26/08/19

DATA

99257 86-1185
EPI
epup

NOME

CRM

UNIDADE ESPECIALISTA:

EXAMES CLÍNICOS:

EXAMES COMPLEMENTARES:

PARECER DO ESPECIALISTA:

TRATAMENTO PROPOSTO:

LOCAL: NA UNIDADE DE ORIGEM ☐
NA UNIDADE DE REFERÊNCIA ☐
OUTRO SERVIÇO ☐

NOME

CRM

DATA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.680.081 DATA DE EXPEDIÇÃO 04/05/2017

NOME << RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS >>

FILIAÇÃO << SABINO JANUÁRIO DOS SANTOS NETO >>
<< MARIA VALDIRENE DA SILVA SANTOS >>

NATURALIDADE PESQUEIRA - PE DATA DE NASCIMENTO 05/03/1990

DIG. ORIGEM << 077321 01 55 1990 1 00026 099
0031147 33 BELO JARDIM-PE >>

CPF 704.768.304-60

Ana Patrícia C.G. Alcantarado
Delegada da Polícia e Gerente IPIB

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

101729000605084827.7436315 F-76 12.916 - 4333



PROIBIDO PLASTIFICAR		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
1487707000		1487707000	
			
NOME CARLA MARIA FINKINO MELO		DOC. IDENTIDADE / CNH, EMISSÃO / UF 3179608 RDD PE	
CPF 076.723.044-25		DATA NASCIMENTO 08/01/1988	
FILIAÇÃO NÃO DECLARADO		ESTADO CIVIL 3	
DATA DE EMISSÃO 24/11/2017		VALIDADE 23/11/2023	
LOCAL CARUARU, PE		OBSERVAÇÕES	
ASSINATURA DO PORTADOR <i>Carla Maria Finkino Melo</i>			
Assinatura do Diretor Presidente <i>[Assinatura]</i>			
PERNAMBUCO			
31657418898			
PERNAMBUCO			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE

Nº 014669257230

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 1199837811 2019

RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS

BELO JARDIM-PE

704.766.304-60

PC000060

PLACA ANT/SE

9C2JB0100KR114996

ESPECIE TIPO

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/POE 110I

2E/109CL

CATEGORIA

BRANCA

IPVA 2019 QUITADO

VENIC/COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$)

COT. PAR

PREMIO TOTAL (R\$)

80.11

0.32

84.58

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

Renato 15/11/19

BELO JARDIM-PE

01/08/19

Robertio Carlos Moreira Fontelles
DIRETOR PRESIDENTE DE DETRAN/PE

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

PE Nº 014669257230 BILHETE DE SEGURO DPVAT

RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 922 1204

BELO JARDIM-PE

2019 01/08/19

704.766.304-60

PC000060

1199837811

HONDA/POE 110I

2019 09

9C2JB0100KR114996

PREMIO TARIFARIO

36.05

4.01

40.06

4.15

0.32

84.58

X COTA UNICA

PREMIO TOTAL

DATA DE QUITACAO

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.218.039/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NAO E NP PORTE OBRIGATORIO

MAT-2019

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0012251/20

Vítima: RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS

CPF: 704.768.304-60

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 25/08/2019

Titular do CPF: RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

CARLA MARIA FIRMINO MELO : 076.723.044-29

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

RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS : 704.768.304-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/01/2020
Nome: CARLA MARIA FIRMINO MELO
CPF: 076.723.044-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

CARLA MARIA FIRMINO MELO

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS
DATA DO ACIDENTE 25/08/2019 CPF DA VÍTIMA 704.768.304-60
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO CARLA MARIA FIRMINO MELO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VÍTIMA É PROCURADORA
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA NUMERIANO ALVES BEZERRA
Nº 37 COMPLEMENTO GARAGEM BAIRRO BOA VISTA
CIDADE BELO JARDIM UF PE CEP 55150-020
E-MAIL carlafirminomelo@hotmail.com TELEFONE (81) 991686771

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) LAUDO DO INL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INL: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INL (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 ATENDIMENTO 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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
• MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 072 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

DATA

IDENTIDADE 9.179.608 SDS-PE

NOME

ASSINATURA

Carla Maria Firmino Melo

PROCURAÇÃO

Outorgante Renato Rafael da Silva Santos, brasileiro (a), **ESTADO CIVIL**
solteiro, profissão escritor, residente e domiciliado à
Rua Luiz Firmينو da Silva, nº 10, bairro Sto Antonio, Município de
Belo Jardim, Estado PE.
CEP: 55152-510 portador(a) do RG nº 9.680.081, SDS-PE e
CPF nº 704.768.304-60

Outorgado: **CARLA MARIA FIRMINO MELO**, brasileiro (a), estado civil **SOLTEIRA**,
profissão **RECUSOU**, residente e domiciliado(a) à **Rua NUMERIANO ALVES BEZERRA**,
nº 37., bairro: **CENTRO**. Município de **BELO JARDIM**, Estado de (o) **PERNAMBUCO**
CEP: **55150-020**, portador (a) do RG nº **9 179 608**. **SDS/ .PE.** e CPF nº **076.723.044-29**.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a)
outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT para atuar no processo de natureza
inicial, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a)
Sr.(a) Renato Rafael da Silva Santos CPF: 704.768.304-60
ocorrido em 25/08/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse,
podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar**
Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o
pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar
todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos
necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Belo Jardim, 18, de Novembro de 2019.



Renato Rafael da Silva Santos
Outorgante
CPF Nº 704.768.304-60

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE BELO JARDIM - PE
Titular: BERTOLDO VIRGINIO DIAS DOS SANTOS
Telefone: (81) 3726-2588

Reconheço por Autenticidade a firma de RENATO RAFAEL DA
SILVA SANTOS. Dou fé. Belo Jardim/PE, 18/11/2019. Emol:
R\$ 3,59; TSNR: 0,80; FERM: R\$ 0,00; FONSEG: R\$ 0,08;
FERC: 0,40; Total: R\$ 4,91 **Maria Luciana da Silva**
ESCREVENTE AUTORIZADA

Selo: 0131425.BAG11201901.01095 18/11/2019 15:16:03
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0012251/20

Vítima: RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS

CPF: 704.768.304-60

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 25/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

CARLA MARIA FIRMINO MELO : 076.723.044-29

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

RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS : 704.768.304-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/01/2020
Nome: CARLA MARIA FIRMINO MELO
CPF: 076.723.044-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

CARLA MARIA FIRMINO MELO

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200013615 **Cidade:** Belo Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 25/08/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. (P1 P3 P5)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO COTOVELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50