

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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, 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.

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 - Culposo (Consumado) 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

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

B.O. registrado por: **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: 4 - Nome completo da vítima:
704.768.304-60 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: NAO 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:	<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0773** CONTA: **032378** 6
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------	------------------------------	---

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve filhos?	<input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim nasceru (varascer):	<input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Não
---	------------------------------	--	---	------------------------------	---	------------------------------	--	--	------------------------------

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
----	--	-------------------------------------

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
---	-------------------------------------

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

40 - Local e Data, _____	Belo Jardim - 09/01/2020	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
--------------------------	--------------------------	---

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---

VERDE



SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro N°: _____
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:													
	_____		91618000811													
Nome: <u>Renato Rafael da Silva Santos</u> Idade: <u>29</u> Data de Nascimento: <u>05/03/90</u> Sexo: <u>M</u> Cor: <u>P</u> Estado Civil: <u>S</u> Naturalidade: <u>Pesqueira PE</u> Profissão: <u>Agricultor</u> Endereço: <u>Rua 25 de Março 109 São Mateus</u> Procedência: <u>Belo Jardim PE</u> Telefone: _____																
RESPONSÁVEL	Responsável: <u>C. moro</u>		Parentesco: _____													
	Endereço: _____		Fone: _____													
Trazido por: _____		Endereço: _____		Fone: _____												
OCORRÊNCIA	Local do Acidente: _____ Data: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>1</u> Hora: _____ <table> <tr> <td>NATUREZA DO ACIDENTE</td> <td><input type="checkbox"/> Casual</td> <td><input type="checkbox"/> Acid. do Trânsito</td> <td><input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Queda</td> <td><input type="checkbox"/> Intoxicação</td> <td><input type="checkbox"/> Outras Causas</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho</td> <td><input type="checkbox"/> Agressão</td> <td></td> </tr> </table>				NATUREZA DO ACIDENTE	<input type="checkbox"/> Casual	<input type="checkbox"/> Acid. do Trânsito	<input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio		<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Intoxicação	<input type="checkbox"/> Outras Causas		<input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho	<input type="checkbox"/> Agressão	
NATUREZA DO ACIDENTE	<input type="checkbox"/> Casual	<input type="checkbox"/> Acid. do Trânsito	<input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio													
	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Intoxicação	<input type="checkbox"/> Outras Causas													
	<input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho	<input type="checkbox"/> Agressão														
Atendimento: <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico História da Doença Atual: <u>apertou de metade as 3 horas com restrição de movimentação</u> <u>de ambos os braços</u> <u>nega alergia -</u>																
ATENÇÃO MÉDICA	EXAME - FÍSICO															
	Pressão Arterial: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____ - ALERGIAS - DM - HAS															
Diagnóstico Provisório: _____																

CONDIÇÕES DE ALTA			MOTIVO DE ALTA
<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Óbito	Em: _____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> Decisão Médica
<input type="checkbox"/> Melhorado		Hora: _____	<input type="checkbox"/> Alta Pedida
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> + 48 horas		<input type="checkbox"/> Transferência
<input type="checkbox"/> Piorado	<input type="checkbox"/> - 48 horas		<input type="checkbox"/> Indisciplina
Transferido para: _____			
Diagnóstico Definitivo: _____			
<hr/> <hr/> <hr/>			
Observação: _____			
<hr/> <hr/>			
Data: _____ / _____ / _____			

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.compresa.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

MATRÍCULA:

00237380.7

11/2019-5

GRUPO: 13

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 00237380.7

RESPONSÁVEL

ENDEREÇO PARA ENTREGA

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

ÁGUA

LEIT. ANT.: CONSUMO: 10

ESGOTO

LEIT. ANT.:

VOLUME: 0

LEIT. ATUAL:

LEIT. FAT.:

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA/CONSUMO

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

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
CLORO 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 CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

TARIFA MÍNIMA 44,08 POR UNIDADE

MULTA P/IMPONTUALIDADE 10/2019

JUROS DE MORA 08/2019

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

MINIMO

44,08

0,88

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 ANÔNIMOS (81) 3221-3592/98476-3207

Emitido por: INTERNET

Emitido em:

08/01/2020



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação
de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA: 00237380.7

11/2019-5

VENCIMENTO: 20/12/2019

TOTAL A PAGAR:

45,47

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

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



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Cooperativa Energética do Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-900
CNPJ 10.835.932/0001-93 | Isac. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
CARLA MARIA FIRMINO MELO

CPF: 076 723 044-29

CLASSIFICAÇÃO
B3 COMERCIAL
COMERCIALENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA NUMERIANO A BEZERRA, 37
GARAGEMBOA VISTA/BELO JARDIM
BELO JARDIM PE
55150-020

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL		QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)		30.000,0000	0,81089952	24,32
Acréscimo Bandeira AMARELA				0,08
Acréscimo Bandeira VERMELHA				1,01
Contrib. Ium. Pública Municipal				3,53
ICMS Subvenção-CDE-NE 073188234-13/08/19				0,01
Doação APAE - 0000722 7723				7,00

TOTAL DA FATURA 36,35

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
91026939	CAT	11/09/2019	8.006,00	16/10/2019	8.136,00	35	1,00000		130,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		TARIFAS APLICADAS	
MPa/kWh kWh		BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO	
OUT/19	30				
SET/19	30	ICMS	26,81	26,00	6,46
AGO/19	30	PIS	25,81	1,00	0,26
SET/19	30	COFINS	25,81	1,25	0,32
ABR/19	30				
MAR/19	30				
MAR/19	30				
ABR/19	30				
MAR/19	30				
FEV/19	30				
JAN/19	30				
DEZ/18	30				
NOV/18	30				
OUT/18	30				

TARIFAS APLICADAS

0,5447337

DCAF 404E 53F5 B1AF F002 0940 5453 1787

FABRICADO AO PESO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pague no prazo mais curto de que for possível para evitar taxas e juros de atraso. Caso não pague dentro desse prazo, poderá ser aplicada multa e juros de atraso. Mais informações em www.anerc.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção-CDE, conforme Decreto Estadual 25.490/2013. O credor é o cooperado quando não houver constância individualizada ou de nome de fornecedor. Pág. 26, artigo 24, parágrafo 2º, Decreto 4046/2012, Anexo II. Pág. 10, 4.085/2012, artigo 1º, inciso II, que determina que o credor é o cooperado que não tenha implementado o preço definido para os serviços de distribuição de energia. O credor é o cooperado que não puder exercer a cobrança devido ao não pagamento da fatura ou a qualquer motivo.

Art 7º-NR 601/13.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEIS DE TENSÃO		
DOMÍNIO	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
BELO JARDIM	0,00	5,67	11,34	22,68	220	202	231
PIB	0,00	1,00	4,60	13,20			
DMBC	0,00	1,24	3,00	6,00			

LIMITE DCR 12,22 - B60 - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 4,95

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 116.

**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 nº 9.613/98.

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 NOSO SERVICO. DIAS 01 E 02/09/2019, TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS 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 JABOTÃO 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

MÉDICO ASSISTENTE: DR. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

JABOTÃO DOS GUARARAPES, 1 DE SETEMBRO DE 2019

Dra. Paula Cardoso
Médica
CRM 23.999

MÉDICO: PAULA CARDOSO DE MELLO

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: MEDICO (A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



PREScrição MÉDICA

IMOBILIZAÇÃO	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 APARELHO GESSADO AXILO PALMAR G Obs: DIREITO E ESQUERDO	1				Agora	16/09/09:45
<hr/>						
PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM	Qtd	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 SOLUÇOES 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
nesta Hospital no período de 25-08-2019 à
com diagnóstico de CID:
FRATURA DE COTOVELO (D1) prontuário nº _____.

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

VERDE



SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro N°: _____
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:	
	_____		91618000811	
RESPONSÁVEL	Nome: <u>Renato Rafael da Silva Santos</u>		Idade: <u>29</u>	
	Data de Nascimento: <u>05/03/90</u> Sexo: <u>M</u> Cor: <u>P</u>		Estado Civil: <u>S</u>	
OCORRÊNCIA	Naturalidade: <u>Pesqueira PE</u>		Profissão: <u>Agricultor</u>	
	Endereço: <u>Rua Hermann 109 Stº Antônio</u>		Procedência: <u>Belo Jardim PE</u>	
	Responsável: <u>C. morro</u>		Parentesco: _____	
	Endereço: _____		Fone: _____	
	Trazido por: _____		Fone: _____	
	Endereço: _____		Fone: _____	
	Local do Acidente: _____		Data: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>1</u> Hora: _____	
	NATUREZA DO ACIDENTE <input type="checkbox"/> Casual <input type="checkbox"/> Acid. do Trânsito <input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Outras Causas <input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão			
ATENÇÃO MÉDICA	Atendimento: <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico			
	História da Doença Atual: <u>apertou de metade as 3 horas com restrição de movimentação de ambos os braços</u> <u>Nega alergia -</u>			
EXAME - FÍSICO				
Pressão Arterial: _____		Pulso: _____		Temperatura: _____ Peso: _____
- ALERGIAS - DM - HAS				
Diagnóstico Provisório: _____				

CONDIÇÕES DE ALTA			MOTIVO DE ALTA
<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Óbito	Em: _____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> Decisão Médica
<input type="checkbox"/> Melhorado		Hora: _____	<input type="checkbox"/> Alta Pedida
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> + 48 horas		<input type="checkbox"/> Transferência
<input type="checkbox"/> Piorado	<input type="checkbox"/> - 48 horas		<input type="checkbox"/> Indisciplina
Transferido para: _____			
Diagnóstico Definitivo: _____			
<hr/> <hr/> <hr/>			
Observação: _____			
<hr/> <hr/>			
Data: _____ / _____ / _____			

ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

PACIENTE: Renato Rejane da Silva Souza, 25 anos

REGISTRO:

DADOS CLÍNICOS: Doença de origem hérnica, dor intensa no abdômen, ao sentar ou deitar. Rx com gástrica e analgésicos.

EXAMES COMPLEMENTARES / RESULTADO:

(Luzes)
exames

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Hérnia de hiato e hernia

CONDUTA ADOTADA: Tratamento:

Paciente encaminhado para cir.

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO:

ENCAMINHADO PARA: HRA 55209

26/08/13

EPN-5125266
Medicina
epnandrea

DATA

NOME

CRM

UNIDADE ESPECIALISTA:

EXAMES CLÍNICOS:

EXAMES COMPLEMENTARES:

PARECER DO ESPECIALISTA:

TRATAMENTO PROPOSTO:

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







RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0012251/20

Vítima: RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS

CPF: 704.768.304-60

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/08/2019

RENATO RAFAEL DA
SILVA SANTOS

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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 CPF DA VÍTIMA 704.768.304-60
DATA DO ACIDENTE 25/08/2019 **CPF DA VÍTIMA** 704.768.304-60
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO CARLA MARIA FIRMINO MELO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É **PROCURADORA**

ENDERECO DO PORTADOR RUA NUMERIANO ALVES BEZERRA
Nº 37 **COMPLEMENTO** GARAGEM **BAIRRO** BOA VISTA
CIDADE BELO JARDIM **UF** PE **CEP** 55150-020
E-MAIL carlafirmino@hotmai.com **TELEFONE** (81) 991686771

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

CERTIDÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 CERTIDÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 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

BOLETO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (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

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 é 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.DPVATSEGURADORA.TRANSTO.COM.BR OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
 DATA DATA

IDENTIDADE 9.179.608 SDS-PE NOME

ASSINATURA Carla Maria Firmino Melo NOME

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

PROCURAÇÃO

Outorgante Renato Rafael da Silva Santos, brasileiro (a), **ESTADO CIVIL SOLTEIRO**, profissão meucau, residente e domiciliado à Rua Luiz Henrique da Silva, nº 10 bairro São Antônio, Município de Belo Jardim, Estado PE, 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 invalidez, 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 25/10/19, 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/08/2019

Titular do CPF: RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

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