
Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190663630

Vítima: FRANCISCO FERREIRA PAULO

Data do Acidente: 24/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO FERREIRA PAULO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190663630 Vítima: FRANCISCO FERREIRA PAULO

Data do Acidente: 24/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO FERREIRA PAULO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190663630

Vítima: FRANCISCO FERREIRA PAULO

Data do Acidente: 24/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO FERREIRA PAULO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190663630

Vítima: FRANCISCO FERREIRA PAULO

Data do Acidente: 24/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO FERREIRA PAULO

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 funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: FRANCISCO FERREIRA PAULO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000002211-P

Conta: 000001001062-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 031.106.834-07 4 - Nome completo da vítima: Francisco Ferreira Paulo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: Francisco Ferreira Paulo 6 - CPF: 031.106.834-07
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: R. Sernotinho 9 - Número: 02 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: São José do Belmonte 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56950-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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: 2211 CONTA: 1001062 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, Senna Talhada 25.10.2019

X 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Francisco Ferreira Paulo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver) Rosana de Menezes Silva Cavalcante



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 178ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE - DP178ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0268000590**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/07/2019** às **11:02**

Complementa o BO Número: **19E0268000589** - Número do Aviso de Atendimento: **10631537**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/7/2019** às **18:40**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1, PE 430 - BAIRRO CACIMBA NOVA** - Bairro: **CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **POSTO MAIS**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

FRANCISMARIO FERREIRA TERTO DA SILVA (AUTOR \ AGENTE)
O ESTADO (OUTRO)
JOÃO PAULO FERREIRA (OUTRO)
JOÃO GOMES DE SOUSA FILHO (TESTEMUNHA)
JANAILDO ALVES DA CRUZ (TESTEMUNHA)
FRANCISCO FERREIRA PAULO (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): FRANCISCO FERREIRA PAULO
VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): FRANCISMARIO FERREIRA TERTO DA SILVA

OUTRAS OCORRÊNCIAS DE TRÂNSITO - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **24/7/2019** no período da **Noite**

Natureza Jurídica: **CONDUZIR VEICULO SEM HABILITAÇÃO**

Fato ocorrido no endereço: **PE 430 - BAIRRO CACIMBA NOVA, POSTO MAIS - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

FRANCISMARIO FERREIRA TERTO DA SILVA (AUTOR \ AGENTE)
FRANCISCO FERREIRA PAULO (OUTRO)
JOÃO PAULO FERREIRA (OUTRO)
JOÃO GOMES DE SOUSA FILHO (TESTEMUNHA)
JANAILDO ALVES DA CRUZ (TESTEMUNHA)
O ESTADO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FRANCISCO FERREIRA PAULO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FRANCISMARIO FERREIRA TERTO DA SILVA

LESÃO CORPORAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **24/7/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **PE 430 - BAIRRO CACIMBA NOVA, POSTO MAIS - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

FRANCISMARIO FERREIRA TERTO DA SILVA (AUTOR \ AGENTE)
O ESTADO (OUTRO)
JOÃO PAULO FERREIRA (OUTRO)
JOÃO GOMES DE SOUSA FILHO (TESTEMUNHA)
JANAILDO ALVES DA CRUZ (TESTEMUNHA)
FRANCISCO FERREIRA PAULO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FRANCISCO FERREIRA PAULO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FRANCISMARIO FERREIRA TERTO DA SILVA

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

FRANCISMARIO FERREIRA TERTO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: FRANCISCA FRACINEIDE FERREIRA TERTO Pai: **JOSÉ NAZÁRIO DA SILVA** Data de Nascimento: **24/2/1993** Naturalidade: **SAO JOSE DO BELMONTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9201321/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 92106021**

Residência: **RUA SERROTINHO, N° 50, - BAIRRO CACIMBA NOVA - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Próximo a: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, , RUA SERROTINHO - BAIRRO CACIMBA NOVA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

FRANCISCO FERREIRA PAULO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: RAIMUNDA FERREIRA PAULO Pai: **JOSE JUVENCIO PAULO** Data de Nascimento: **3/6/1972** Naturalidade: **PENAFORTE / CEARA / BRASIL** Documentos: **95029036395/SSP/CE (RG), 03110683407 (CPF)** Profissão: **MOTOTAXISTA** Telefones Celulares: **- 99855086**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, , RUA SERROTINHO - BAIRRO CACIMBA NOVA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOÃO GOMES DE SOUSA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: BRANDINA PIRES DA SILVA SOUSA Pai: **JOÃO GOMES DE SOUSA** Data de Nascimento: **21/5/1984** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Profissão: **POLICIAL MILITAR**

JANAILDO ALVES DA CRUZ (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LEONICE ALVES GONDIM GOMES Pai: **JAILDO GOMES DA CRUZ** Data de Nascimento: **5/5/1991** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Profissão: **POLICIAL MILITAR**
Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL, 2º CPM**

O ESTADO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: . Cargo do Representante: . Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: . Telefone de Contato: .

JOÃO PAULO FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: RAIMUNDA FERREIRA PAULO Pai: **JOSE JUVENCIO PAULO** Data de Nascimento: **13/12/1981** Naturalidade: **PENAFORTE / CEARA / BRASIL**
Residência: **RUA SERROTINHO, N° 05, CACIMBA NOVA , AO LADO DO POSTO MAIS - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA CG 150 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANCISMARIO FERREIRA TERTO DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ESD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERDE** - Quantidade: **0 (UNIDADE)**

Placa: **KJS8257** (PERNAMBUCO/VITORIA DE SANTO ANTAO) Renavam: **862618649** Chassi: **9C2KC08205R049958**
Ano Fabricação/Modelo: **2005/2005** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **PROPRIETÁRIO : JONAS SAMUEL DOS SANTOS**

MOTOCICLETA,CG 160 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FRANCISCO FERREIRA PAULO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANCISCO FERREIRA PAULO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 START** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE)**

Placa: **PDP3994** (PERNAMBUCO/SAO JOSE DO BELMONTE) Renavam: **114902543** Chassi: **9C2KC2500JR114423**
Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

POLICIAIS MILITARES APRESENTARAM NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA O BO/PM/PE NUMERO M-10631537, SOB A ALEGAÇÃO DE QUE OS ENVOLVIDOS TERIAM SE ENVOLVIDOS EM UM ACIDENTE E O ENVOLVIDO FRANCISCO FERREIRA PAULO TEVE QUE SER SOCORRIDO PARA A UNIDADE MISTA DE SAUDE LEONIDAS PEREIRA DE MENEZES ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MEDICO. ESTE POLICIAL ENTROU EM CONTATO VIA TELEFONE COM O DELEGADO DE PLANTÃO E O MESMO DETERMINOU QUE AS MOTOS NÃO DEVERIAM SER APREENDIDAS E COM O EXPOSTO ENCERRO O PRESENTE BOE ///// QUE NA DATA DE 25/07/2019 COMPARECEU NESTE DELEGACIA A PESSOA DE JOÃO PAULO FERREIRA O QUAL É IRMÃO DA VITIMA DE NOME FRANCISCO FERREIRA, QUE O MESMO PRESTOU INFORMAÇÕES ADICIONAIS PARA COMPLEMENTAÇÃO DESTE BOE, TAIS COMO DADOS DOS VEICULOS ENVOLVIDOS NO ACIDENTE E DADOS DO SEU IRMÃO E DO AUTOR DO ACIDENTE DE NOME FRANCISMARIO FERREIRA, SENDO ESTE ÚLTIMO CONDUZIDO PARA ESTA DEPOL NA DATA DO FATO E TAMBÉM INSERIDO EM OUTRAS NATUREZAS POIS ESTAVA CONDUZINDO VEICULO SEM SER HABILITADO E EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO A VITIMA, FATO ESTE MENCIONADO NO BO PM N° 10631537. ESTE ADITAMENTO FORA COMUNICADO A DELEGADA TITULAR ANTONIA ERANDY A QUAL DETERMINOU ESTE PROCEDIMENTO. SEM MAIS PARA O MOMENTO ENCERRO ESTE BOE /////

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

FRANCISMARIO FERREIRA TERTO DA SILVA
(AUTOR \ AGENTE)

FRANCISCO FERREIRA PAULO
(VITIMA)

JOÃO GOMES DE SOUSA FILHO
(TESTEMUNHA)

JANAÍDO ALVES DA CRUZ
(TESTEMUNHA)

JOÃO PAULO FERREIRA
(OUTRO)



Condutor da ocorrência:

Nome: **LOPES**

Cargo: **SARGENTO** - Função: **NÃO INFORMADO** - Matrícula: **9507795** - Prefixo da viatura: - Unidade

Operacional: **NÃO INFORMADO**

B.O. registrado por: **THIAGO AUGUSTO DA SILVA RODRIGUES** - Matrícula: **320258-5**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 178ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE -
DP178ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **19E0268000589**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/07/2019** às **22:49**

Complementado pelo BO Número: **19E0268000590**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **24/7/2019** às **18:40**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1, PE 430 - BAIRRO CACIMBA NOVA** - Bairro: **CENTRO** - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **POSTO MAIS**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

FRANCISMARIO FERREIRA TERTO DA SILVA (AUTOR \ AGENTE)
JOÃO GOMES DE SOUSA FILHO (TESTEMUNHA)
JANAILDO ALVES DA CRUZ (TESTEMUNHA)
FRANCISCO FERREIRA PAULO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): FRANCISCO FERREIRA PAULO
VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): FRANCISMARIO FERREIRA TERTO DA SILVA

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

FRANCISMARIO FERREIRA TERTO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **FRANCISCA FRACINEIDE FERREIRA TERTO** Pai: **JOSÉ NAZÁRIO DA SILVA** Data de Nascimento: **24/2/1993** Naturalidade: **SAO JOSE DO BELMONTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, , RUA SERROTINHO - BAIRRO CACIMBA NOVA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

FRANCISCO FERREIRA PAULO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **RAIMUNDA FERREIRA PAULO** Pai: **JOSE JUVENCIO PAULO** Data de Nascimento: **3/6/1972** Naturalidade: **PENAFORTE / CEARA / BRASIL** Documentos: **95029036395/SSP/CE (RG), 03110683407 (CPF)** Profissão: **MOTOTAXISTA**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, , RUA SERROTINHO - BAIRRO CACIMBA NOVA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOÃO GOMES DE SOUSA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **BRANDINA PIRES DA SILVA SOUSA** Pai: **JOÃO GOMES DE SOUSA** Data de Nascimento: **21/5/1984** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Profissão: **POLICIAL MILITAR**

JANAILDO ALVES DA CRUZ (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LEONICE ALVES GONDIM GOMES** Pai: **JAILDO GOMES DA CRUZ** Data de Nascimento: **5/5/1991** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Profissão: **POLICIAL MILITAR**



Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL, 2ª CPM**

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

MOTOCICLETA CG 150 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FRANCISMARIO FERREIRA TERTO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANCISMARIO FERREIRA TERTO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERDE** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJS8257** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: **2005/2005**

MOTOCICLETA CG 160 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FRANCISCO FERREIRA PAULO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANCISCO FERREIRA PAULO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDP3994** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

POLICIAIS MILITARES APRESENTARAM NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA O BO/PM/PE NUMERO M-10631537, SOB A ALEGAÇÃO DE QUE OS ENVOLVIDOS TERIAM SE ENVOLVIDOS EM UM ACIDENTE E O ENVOLVIDO FRANCISCO FERREIRA PAULO TEVE QUE SER SOCORRIDO PARA A UNIDADE MISTA DE SAUDE LEONIDAS PEREIRA DE MENEZES ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MEDICO. ESTE POLICIAL ENTROU EM CONTATO VIA TELEFONE COM O DELEGADO DE PLANTÃO E O MESMO DETERMINOU QUE AS MOTOS NÃO DEVERIAM SER APREENDIDAS E COM O EXPOSTO ENCERRO O PRESENTE BOE

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

FRANCISMARIO FERREIRA TERTO DA SILVA
(AUTOR \ AGENTE)

FRANCISCO FERREIRA PAULO
(VITIMA)

JOÃO GOMES DE SOUSA FILHO
(TESTEMUNHA)

JANAILDO ALVES DA CRUZ
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: **JOSE IRAN DE OLIVEIRA BARROS** - Matrícula: **115716-7**



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: 031.106.834-07 4 - Nome completo da vítima: Francisco Ferreira Paulo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: Francisco Ferreira Paulo 6 - CPF: 031.106.834-07
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: R. Sernotinho 9 - Número: 02 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: São José do Belmonte 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56950-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2211 CONTA: 1001062

(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 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, Senna Talhada 25.10.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)
Sina Cavalcante



Estado de Pernambuco
Secretaria de Defesa Social
Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco
CBMPE - 3ºGB - DOP

Av. Vicente Inácio de Oliveira, KM 413, - Bairro cachoeira II, Serra Talhada/PE



SERRA TALHADA-PE, 29 de agosto de 2019.

WAMBERG RODRIGUES DOS SANTOS
Cap BM Resp. pelo Comando do 3º GB

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA nº 70 / 2019 - 3ºGB - DOP

O Comandante do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco no uso das suas atribuições e por solicitação do Sr. **JOSÉ FRANCISCO ALVES CAVALCANTE**, RG 5650072 SSP/PE, CPF 031.041.284-64, residente à Rua Quirino Cordeiro Magalhães, 1626, Ipsep, Serra Talhada-PE, delegou que a Divisão de Operações procedesse o levantamento nos autos e emitisse a seguinte certidão, no que consta que foi deslocada a viatura AR 396 da 4ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros em Serra Talhada-PE, às 18:53h do dia 24 de julho de 2019, comandada pelo CB QBMG 1/707396-8 **JOSÉ DIÓGENES GOMES DA SILVA**, para uma ocorrência de APH (COLISÃO MOTOCICLETA X MOTOCICLETA), nº 8 (1275889), sendo vitimado o Sr. **FRANCISCO FERREIRA PAULO**, RG 95029036395 SSP/CE, CPF 031.106.834-07, o qual declarou que conduzia uma motocicleta marca/modelo **HONDA/CG 160 START**, PLACA PDP-3994, vermelha, no momento em que houve a colisão. A guarnição visualizou o veículo no local da ocorrência. O acidente ocorreu na Avenida Euclides da Cunha, PE-430, S/N, Cacimba Nova, São José do Belmonte-PE, e a vítima apresentava as seguintes lesões aparentes: fratura aberta no membro inferior esquerdo. O mesmo foi socorrido e conduzido a Unidade Mista Leônidas Pereira de Menezes, São José do Belmonte-PE, ficando aos cuidados do Dr. **ALCIDES MUNIZ GOMES DE MATOS**, CRM 28425, prontuário 42491.

Após o levantamento dos dados e confecção da referida certidão pela SD QBMG 1/718240-6 **THAMARA ANGELICA BENVENUTO LEITE** e nada mais havendo nos registros e relatórios da ocorrência arquivada nesta Unidade, segue assinado por mim, CAP QOC/BM 704015-6 **WAMBERG RODRIGUES DOS SANTOS**, chefe da Divisão de Operações e respondendo pelo Comando da Unidade.

Certidão emitida através do Processo SEI nº 3900000063.002340/2019-49



Documento assinado eletronicamente por **THAMARA ANGELICA BENVENUTO LEITE**, em 29/08/2019, às 12:23, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.



Documento assinado eletronicamente por **Wamberg Rodrigues dos Santos**, em 29/08/2019, às 12:48, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 3134350 e o código CRC F40AB11F.

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	09/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO FERREIRA PAULO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02211-P

CONTA: 000001001062-4

Nr. Autenticação

BRABESCO0901202005000000000023702211000001001062168750 PAGO

Nº Documento: 20190877574648

Escritório: SAC JOSE DO BELMONTE

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

MARIA DAS DORES LIMA
 R SERROTTINHO, N. 00002 - A - CENTRO SAO JOSE DO BELMONTE PE 56950-000
 INSCRIÇÃO: 135.920.312.0000.070

GRUPO: 12

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 07757464,8

07757464,8

08/2019-1

LIGADO

POTENCIAL

Y10X275440	09/08/2019	10/09/2019	MEDIA HD: /
ÁGUA		ESGOTO	
LEIT. ANT.: 1110	CONSUMO: 10	LEIT. ANT.:	VOLUME: 0
LEIT. ATUAL: 1120	TAXA MINIMA	LEIT. ATUAL:	
LEIT. FAT.: 1120	ANORMALIDADE DE LEITURA	LEIT. FAT.:	
HISTÓRICO DE CONSUMO			
REFERÊNCIA/CONSUMO			
07/2019 10/	A	PARÂMETROS	NÚMEROS DE AMOSTRAS
06/2019 13/	A	EXIG. PELA PORT.	ANÁLISES
05/2019 10/	A	MS 2.914/11	REALIZADAS
04/2019 10/	A	TURBIDEZ	ATENDIM A
03/2019 10/	A	COR APARENTE	LEGISLAÇÃO
02/2019 6/	A	CLORO RESIDUAL	
MEDIA 9/ 0	B	COLIFORMES TOTAIS	
		E.Coli	
		OBSERVAÇÕES:	
		(1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 99% 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 AUTOMÁTICAS DO ACESSO	
		VISUAL DA ÁGUA.	

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
CONSUMO DE ÁGUA	12 101	44,95
MULTA P/IMPONTUALIDADE	07/2019	0,80
JUROS DE MORA	07/2019	0,05

PIS
 COFINS

44,95
 44,95

20/09/2019

44,95

Entrada por: INTERNET

Estimativa: 08/09/2019

07757464,8

08/2019-1

20/09/2019

44,95

CÓDIGO DE BARRAS

82870000000-4 44950018135-5 07757464801-0 08201910003-0

VIA COMPESA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARGARIDA ALVES CAVALCANTE
CPF: 368.710.364-15

DATA DE VENCIMENTO

01/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

25/10/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
25/10/2019NÚMERO DA NOTA FISCAL
082653483CONTA CONTRATO
002278076019Nº DO CLIENTE
2000136269Nº DA INSTALAÇÃO
0003672821

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA FRANCISCO OLAVO 110

IPSEP/SERRA TALHADA
56912-130 SERRA TALHADA PE

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 www.celpe.com.br

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

BF5C.FA62.09F3.6339.9A08.44D0.A2B6.23F3

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	178,00	0,81069952	144,30
Acréscimo Bandeira AMARELA			3,17
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,02
Contrib. Ilum. Pública Municipal			9,12
ICMS Subvenção-CDE-NF 074939430-26/08/19			0,87
Multa por atraso-NF 078868106 - 24/09/19			2,30
Juros por atraso-NF 078868106 - 24/09/19			0,11
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8989			0,98
TOTAL DA FATURA			162,87

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
149,49	25,00	37,37	149,49	1,29	1,92	149,49	5,95	8,89

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 6,54933908

HISTÓRICO DO CONSUMO

			kWh
OUT 19			178
SET 19			138
AGO 19			119
JUL 19			126
JUN 19			123
MAI 19			128
ABR 19			89
MAR 19			80
FEV 19			117
JAN 19			124
DEZ 18			94
NOV 18			252
OUT 18			343

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	47,30	31,64
Transmissão	5,19	3,47
Distribuição (Celpe)	31,50	21,07
Encargos Setoriais	7,41	4,96
Tributos	46,17	32,22
Perdas de Energia	9,92	6,94
TOTAL	149,49	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003010216219	CAT	24/09/2019 19.276,00	25/10/2019 19.454,00	31	1,00000	0,00	178,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 25/11/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	5,43	16,86	21,73
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,11	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 53,11					

Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! farmacia economize: rua jose rodrigues de barros n. senhora da conceição / farmacia popular: inocencio gomes de andrade 717 nossa sra da penha. lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002278076019	10/2019	0,00	01/11/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA BACA | AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / 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 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 Rosana de Menezes Silva Cavalcante
inscrito (a) no CPF/CNPJ 051.394.744/25 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Francisco Ferreira Paulo inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.106.834, 07
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Francisco Ferreira Paulo
inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.106.834, 07, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: Recusar Renda: Recusar 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>Francisco Olavo</u>	Número: <u>110</u>	Complemento: <u>casa</u>
Bairro: <u>IPSEP</u>	Cidade: <u>Juazeira Velha</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:		CEP: <u>56912-130</u>
		Tel. (DDD): <u>87-9634-4907</u>

Local e Data: Juazeira Velha 25.09.2019

Rosana de Menezes Silva Cavalcante
Assinatura do Declarante

Paciente...: FRANCISCO FERREIRA PAULO

Endereço...: RUA; SERROTINHO 03

Cidade...: SAO JOSE DO BELMONTE

Nascimento: 03/06/1972

ETNIA.....

Cart. SUS..

Mãe: RAIMUNDA F PAULO

Prontuário: 00042491

Bairro.....: CACIMBA NOVA

Cep.....: 56950000

Idade.....: 47 Anos, 1 Mês

Est.Civil.: CASADO (A)

Profissao..

Pai: JOSE JUVENCIO F PAULO

Atendimento Atual: 000001

Nº de Registro: 00241051 Data: 24/07/2019

Médico: CLINICO GERAL

Convênio: SUS AMBULATORIO

Alergias: NÃO () SIM () Qual:

Tax: °C FR: 18 irpm FC: 78 bpm HGT: 102 mg/dl PA: 140 x 90 mmHg Peso: Kg

Classificação de Risco Vermelho () Amarelo () Verde () Azul ()

PRÉ-CONSULTA:

SpO2: 99%

História da Doença Atual:

- 7h. urina e acido de
140h. y. febre 38.5
7h. 11h.

Hipótese Diagnóstica:

Conduta Terapêutica:

- 1.5g de PR
- 1.5g de PR
- 1.5g de PR

Alcides Manoel Gomes de Mello
Cargo: Gerente Clínico
CRM: 26426

OBSERVAÇÃO () INTERNAÇÃO () TRANSFERÊNCIA () RECUSA MEDICAÇÃO () EVADIU-SE () ALTA () ÓBITO ()

Médico

Enfermeiro

Téc/Aux. Enfermagem

Assistente Social

Paciente/Responsável

→ Francisco Ferreira Paulo, 47 anos, chega ao serviço de saúde, trazido pelo corpo de bombeiros, vítima de acidente motociclistico (colisão moto-moto), apresentando fratura exposta de tibia no MIE. Realizada imobilização do membro com APH pelos bombeiros, medicação epm no hospital + SSU. A família realizou contato com uma amiga "Enfermeira" no HOSPRAM e a mesma pediu p/ o médico encaminhando para o referido hospital, que o mesmo teria assistência especializada que necessitasse. Deora Fomara, Dr Alcides o encaminharam p/ o HOSPRAM SI Senha.

Conferir com o Original

578
Kerina Maria de L. Sobrinha Cruz
Assistente Social
CRESS - 7050
42 R. Rio de Janeiro
25/09/2019.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Francisco Fernando Feres

Prontuário: _____

Data: 25/07/19

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fractura (com) - Contuso da tíbia esquerda

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Curativo realizado

Análise de exames de imagem

Retorno ao trabalho após 15 dias.

TRATAMENTO REALIZADO:

Medicação

Suporte e Curativo

Analgésico e/ou Antidolorificos

Alta Hospitalar: Data: / /

Hora: _____

TASSIO LADOSA
Ortopedia Traumatologia
CRM-PE: 19862

25 JUL. 2019

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 CÂMPUS DE IDENTIFICAÇÃO DE FAMÍLIAS

HOME

FRANCISCO FERRIRA PAULO

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
 98029036395 SSP CE

CNPJ
 031.106.834-07 DATA NASCIMENTO
 03/06/1972

FILIAÇÃO
 JOSE JUVENCIO PAULO

RAIMONDA FERRIRA PAUL

O

PERMISSÃO
 00000000000000000000000000000000

CAT. HAB.
 A

VALIDADEZ
 06/05/2022

1ª HABILITAÇÃO
 19/01/2018

IP REGISTRO
 06990493717

17548633909

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

OBSERVAÇÕES

Francisco Ferreira Paulo

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 BARRA, TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
 21/01/2019

34186155802
 98990615328

34186155802
 98990615328

PERNAMBUCO

17548633909

17548633909



PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1017067334

PROIBIDO PLASTIFICAR
1017067334

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE	
	DOC. IDENTIDADE (ORIG. EMISSOR) / UF 6870802 SDS PE
	CIT 051.394.744-25
	DATA NASCIMENTO 19/06/1983
	RUACAO ARCEMO FERREIRA DA SILVA MARIA JOSE DE MENEZES SILVA
PERMISSÃO []	ACC []
CAE HAB. AB	
AP. REGISTRO 04935894409	VALIDADEZ 18/11/2019
	PHABITACAO 06/05/2010
OBSERVAÇÕES []	
Assinatura do Portador <i>Rosana de Menezes Silva Cavalcante</i>	
LOCAL SERRA TALHADA - PE	DATA EMISSÃO 19/11/2014
Assinatura do Carreter <i>[Signature]</i>	47011846458 PE063050153
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN-PE

FRANCISCO FERREIRA PAULO

SAO J BELMONTE-PE

031.106.034-07

PLACA
PDP3394

PLACANT/PE

302KX025000R114422

PAR MOTORCICLO

COMBUSTIVEL
GASOLINA

HONDA/CG 150 START

ANO FAB
2018

ANO MOD
2018

2E/162CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

IPVA 2019 QUITADO

VENÇ/COTAS
1*

PREMIO TARIFARIO (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

BEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

SAO J BELMONTE-PE

DATA
22/02/19

Roberto Carlos Moreira Pontes

PE Nº 0143356801519

BILHETE DE SEGURO DPVAT

FRANCISCO FERREIRA PAULO

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

SAC DPVAT 0800 022 1201

SAO J BELMONTE-PE

EXERCÍCIO
2019

DATA EMISSÃO
22/02/19

031.106.034-07

PLACA
PDP3394

1143025931

HONDA/CG 150 START

2018/09

302KX025000R114422

PREMIO TARIFARIO

VENÇ/COTAS
1*

36.65

PREMIO DO SEGURO (R\$)

4.15

PREMIO DO SEGURO (R\$)

0.34

PREMIO DO SEGURO (R\$)

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CONV Nº 246.608/0081-01

22/01/19

OUARPE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190663630 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO FERREIRA PAULO **Data do acidente:** 24/07/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA À ESQUERDA.

Descrição do exame físico: REFERE PARESTESIA NA REGIÃO DISTAL DA PERNA ESQUERDA. AO EXAME, VITIMA APRESENTA ATROFIA MUSCULAR E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO (SINAIS CLÍNICOS DE LESÃO DO FIBULAR SUPERFICIAL) MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM APARELHO GESSADO, EVOLUIU COM LESÃO DO NERVO FIBULAR. ALTA EM SETEMBRO 2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/12/2019

Conduta mantida:

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190663630 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO FERREIRA PAULO **Data do acidente:** 24/07/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA À ESQUERDA.

Descrição do exame físico: REFERE PARESTESIA NA REGIÃO DISTAL DA PERNA ESQUERDA. AO EXAME, VITIMA APRESENTA ATROFIA MUSCULAR E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO (SINAIS CLÍNICOS DE LESÃO DO FIBULAR SUPERFICIAL) MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM APARELHO GESSADO, EVOLUIU COM LESÃO DO NERVO FIBULAR. ALTA EM SETEMBRO 2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/12/2019

Conduta mantida:

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190663630 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO FERREIRA PAULO **Data do acidente:** 24/07/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA ESQUERDA. PR 1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P1
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: FOI SOLICITADO RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO DESCREVENDO DIAGNÓSTICO, EVOLUÇÃO CLÍNICA, TRATAMENTO REALIZADO E OU EM CURSO, POREM NÃO FOI ACOSTADO NENHUM DOCUMENTO MEDICO COM TAIS CARACTERÍSTICAS. E, SEGUNDO A DOCUMENTAÇÃO MÉDICA DISPONÍVEL, NÃO HÁ LESÕES E/OU SEQUELAS QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190663630 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO FERREIRA PAULO **Data do acidente:** 24/07/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA ESQUERDA. PR 1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P1
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante FRANCISCO FERREIRA PAULO

portador(a) do documento de identidade nº 95029036395, expedido por SSP CE, em

21/01/2019 inscrito no CPF sob o nº 031.106.834-07, residente na

RUA SERRA TINHO, nº 02

complemento CASA, Bairro CENTRO, cidade

S.J. do BELMONTE, Estado PE.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em

29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na

Rua Francisco Olavo, nº 110

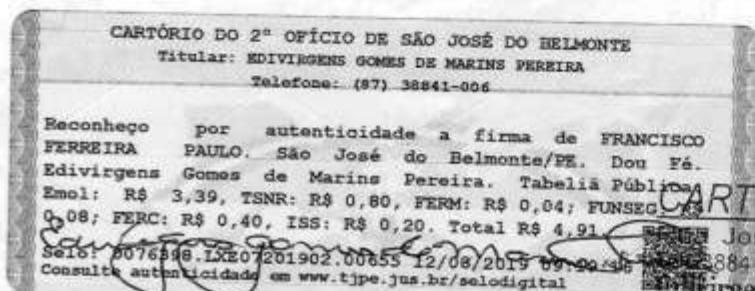
complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade

Serra Talhada, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do **Seguro Obrigatório - DPVAT**, e especialmente para preenchimento e assinatura do **FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO**.

S.J. do Belmonte - PE, 12 de Agosto de 2019

Outorgante X Francisco Ferreira Paulo



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
José Alves de Carvalho, 32
38841-006 / São José do Belmonte - PE
Edivirgens Gomes de Marins Pereira
TABELA E OFICIAL PRIVATIVA DE PROTESTO
E-mail: cartorioew@hotmail.com

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421010/19

Número do Sinistro: 3190663630

Vítima: FRANCISCO FERREIRA PAULO

CPF: 031.106.834-07

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/07/2019

Titular do CPF: FRANCISCO FERREIRA PAULO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 12/12/2019

Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

CPF: 051.394.744-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019

Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA

CPF: 102.869.074-61

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

RAIANNE SILVA BARBOSA