

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **FABIANO SEVERINO DONATO**

Nº Sinistro: **3180565953**

Vítima: **FABIANO SEVERINO DONATO**

Data do Acidente: **03/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180565953**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13660441



Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180565953

Vítima: **FABIANO SEVERINO DONATO**

Data do Acidente: **03/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FABIANO SEVERINO DONATO

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

Autorização de pagamento
Boletim de ocorrência

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

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

Carta nº 13663040



Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180565953

Vítima: FABIANO SEVERINO DONATO

Data do Acidente: 03/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FABIANO SEVERINO DONATO

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

Documentação médico-hospitalar incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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





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, 05 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180565953 **Vítima: FABIANO SEVERINO DONATO**

Data do Acidente: 03/04/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180565953

Vítima: FABIANO SEVERINO DONATO

Data do Acidente: 03/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FABIANO SEVERINO DONATO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: FABIANO SEVERINO DONATO

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 237

Agência: 000006041-0

Conta: 0000009363-7

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,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	034.681.914-80	Fabiano Severino Donato
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Fabiano Severino Donato	034.681.914-80	
Profissão:	Endereço:	Número:
Agricultor	Av. Manoel Ovidio da Silva Quadra 10 - MC 1412-14	88
Complemento:	Cidade:	Estado:
Casa	Petrolândia	PE
CEP:	CEP:	CEP:
56460-000	56460-000	56460-000
Tel. (DDD):	Tel. (DDD):	Tel. (DDD):
(18) 9634-4907	(18) 9634-4907	(18) 9634-4907

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

RENDIA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 6041 CONTA: 09363 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE 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 por invalidez permanente, uma vez que [assinalar uma das opções]:

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Serra Talhada 18-10-2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

EXCELSIOR SEGUROS

Assinatura

3-0 NOV. 2018

SEGURO DPVAT

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



Dia & Noite

BDN - Bradesco Dia e Noite
Deposito Conta Corrente

Data: 09/10/2018 Term: 056406 H. Trans: 6898 Hora: 16:36

Valor: 30,00

Favorecido:
Banco: 237
Agencia: 6041 / PETROLANDIA
Conta: 0009363-7

Titular do IFAFAR - GOVERNADORATO - expediente bancário ao público será conferido e validado no mesmo dia, de acordo com os valores em ~~sojeitos~~ ~~anexo~~ ~~de~~ ~~envelope~~

Após o expediente bancario e aos sábados, domingos e feriados, o depósito será conferido no primeiro dia útil subsequente.

Cheque Expresso Bradesco.
Seu talão AdoCBradesco em segundos.
SAC - Seu código de Atendimento ao Cliente
Cancelamento e Bradesco para mais informações
0800 704 8383

Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvidoria - 0800 727 9933
Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h às 18h, exceto feriados.

Obrigado
Tenha uma boa tarde

EXCELSIOR SEGUROS

30 NOV. 2018

SEGURO DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 3180/565953 CPF da vítima: 034.681.914-80 Nome completo da vítima: Fabiano Severino Donato

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

Nome completo: Fabiano Severino Donato CPF: 034.681.914-80

Profissão: Agicultor Endereço: Manoel Ovidio da Silva Número: 88 Complemento: casa

Bairro: Centro Cidade: Petrolândia Estado: PE CEP: 56460-000

E-mail: Tel. (DDD): 81-9634-4907

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

DADOS CADASTRAIS

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 6041 CONTA: 09363

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

MORTE

Local e Data: Serra Talhada 09-01-2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina a ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

EXCELSIOR SEGUROS

10 JAN. 2019

SEGURO DPVAT

EXCELSIOR SEGUROS
3 0 NOV. 2018
SEGURO DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 186ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLÂNDIA - DP186ªCIRC
DINTER2/22ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0276000376**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/04/2018** às **01:48**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **3/4/2018** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE PETROLÂNDIA, 1, BR 316 - Bairro: CENTRO - PETROLÂNDIA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓX. À OFICINA DE MANOEL BRINQUINHO**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

FABIANO SEVERINO DONATO (AUTOR / AGENTE)
SILVANO FREIRE DOS ANJOS (OUTRO)
ELISANGELA MONTEIRO SIMÃO (TESTEMUNHA)
JOSE MANOEL DA CONCEIÇÃO (VÍTIMA)

EXCELSIOR SEGUROS
3 0 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE MANOEL DA CONCEIÇÃO
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): FABIANO SEVERINO DONATO

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

ELISANGELA MONTEIRO SIMÃO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DE LOURDES M. SIMÃO** Data de Nascimento: **3/5/1985** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA MANOEL OVIDIO DA SILVA, 88, QUADRA 10 - CEP: 56460000 - Bairro: CENTRO - PETROLÂNDIA/PERNAMBUCO/BRASIL**

FABIANO SEVERINO DONATO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DA CONCEIÇÃO DONATO** Data de Nascimento: **27/10/1977** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA MANOEL OVIDIO DA SILVA, 88, QUADRA 10 - CEP: 56460000 - Bairro: CENTRO - PETROLÂNDIA/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSE MANOEL DA CONCEIÇÃO (não presente ao plantão) - NIC: **069121** Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA OLÍMPIA DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **25/9/1952** Naturalidade: **BUIQUE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE PETROLÂNDIA, 1, BAIRRO NOVA ESPERANÇA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PETROLÂNDIA/PERNAMBUCO/BRASIL, AO LADO DE AURINEZIO CONSTRUÇÕES**

Carnei Rodrigues da Silva
Escrivão
Mat. 273.690-0

SILVANO FREIRE DOS ANJOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Data de Nascimento: 29/12/1975
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **AVENIDA LIDIA ARAGAO, 104, QUADRA 5 - CEP: 56460000 - Bairro: CENTRO - PETROLANDIA/PERNAMBUCO/BRASIL, VILA DOS PESCADORES**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FABIANO SEVERINO DONATO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIANO SEVERINO DONATO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE MANOEL DA CONCEIÇÃO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE MANOEL DA CONCEIÇÃO**
Categoria/Marca/Modelo: **OUTRA/CALOI/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

QUE, ESTE PLANTONISTA TOMOU CONHECIMENTO ATRAVÉS DE O HOSPITAL MUNICIPAL DESTA CIDADE QUE DERAM ENTRADA TRÊS VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO; QUE, A VÍTIMA FATAL, APÓS DAR ENTRADA, NÃO RESISTIU AOS FERIMENTOS E VEIO A ÓBITO; QUE, QUANDO A VÍTIMA FATAL TRAFEGAVA EM UMA BICICLETA, FOI ATINGIDA POR UMA MOTOCICLETA CONDUZIDA PELO IMPUTADO; QUE, O IMPUTADO, DEVIDO AOS FERIMENTOS, FOI TRANSFERIDO AO HR, EM RECIFE, E A GARUPA DA MOTO, ESPOSA DESTA, TESTEMUNHA, ENCONTRA-SE EM OBSERVAÇÃO NO HOSPITAL DESTE MUNICÍPIO COM FERIMENTOS LEVES; QUE, O CORPO QUE PERTENCIA A VÍTIMA, FOI REMOVIDO PARA O IML DE CARUARU.

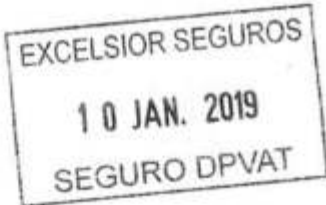
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

B.O. registrado por: **ADILSON ALVES QUIDUTE DE OLIVEIRA** - Matrícula: **320629-7**

Gabriel Rodrigues da Silva
Escrivão
Mat. 273.890-0

EXCELSIOR SEGUROS
3 0 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

EXCELSIOR SEGUROS
3 0 NOV. 2018
SEGURO DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 186ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLÂNDIA - DP186ªCIRC
DINTER2/22ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0276000006

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/01/2019 às 16:36

Complementa o BO Número: 18E0276000376

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 3/4/2018 no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE PETROLÂNDIA, 1, BR 316 - BAIRRO CENTRO - PETROLÂNDIA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓX. À OFICINA DE MANOEL BRINQUINHO**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

FABIANO SEVERINO DONATO (AUTOR / AGENTE)
SILVANO FREIRE DOS ANJOS (OUTRO)
ELISANGELA MONTEIRO SIMÃO (TESTEMUNHA)
JOSE MANOEL DA CONCEIÇÃO (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIANO SEVERINO DONATO**
BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE MANOEL DA CONCEIÇÃO**

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

ELISANGELA MONTEIRO SIMÃO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DE LOURDES M. SIMÃO**
Data de Nascimento: **3/5/1985** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA MANOEL OVIDIO DA SILVA, 88, QUADRA 10 - CEP: 56460-000 - Bairro: CENTRO - PETROLÂNDIA/PERNAMBUCO/BRASIL**

FABIANO SEVERINO DONATO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DA CONCEIÇÃO DONATO** Pai: **SEVERINO FRANCISCO DONATO** Data de Nascimento: **27/10/1977** Naturalidade: **CUSTODIA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA MANOEL OVIDIO DA SILVA, 88, QUADRA 10 - CEP: 56460-000 - Bairro: CENTRO - PETROLÂNDIA/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSE MANOEL DA CONCEIÇÃO (não presente ao plantão) - NIC: **069121** Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA OLÍMPIA DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **25/9/1952** Naturalidade: **BUIQUE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE PETROLÂNDIA, 1, BAIRRO NOVA ESPERANÇA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PETROLÂNDIA/PERNAMBUCO/BRASIL, AO LADO DE AURINEZIO CONSTRUÇÕES**

SILVANO FREIRE DOS ANJOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Data de Nascimento: **29/12/1975**

Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **AVENIDA LIDIA ARAGAO, 104, QUADRA 5 - CEP: 56460-000 - Bairro: CENTRO - PETROLANDIA/PERNAMBUCO/BRASIL, VILA DOS PESCADORES**

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIANO SEVERINO DONATO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PGN1091** (PERNAMBUCO/PETROLANDIA) Renavam: **575445300** Chassi: **9C2KC16700R520653**

Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE MANOEL DA CONCEIÇÃO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE MANOEL DA CONCEIÇÃO**

Categoria/Marca/Modelo: **OUTRA/CALO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

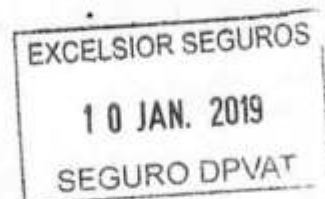
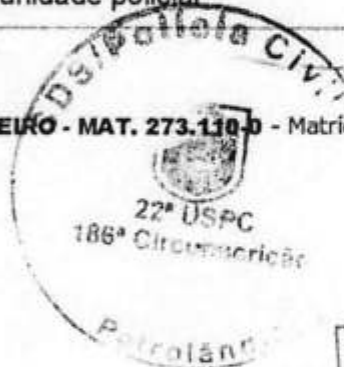
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

QUE ESTE PLANTONISTA TOMOU CONHECIMENTO, ATRAVÉS DO HOSPITAL MUNICIPAL DESTA CIDADE, QUE DERAM ENTRADA TRÊS VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. QUE A VÍTIMA FATAL, JOSÉ MANOEL DA CONCEIÇÃO, APÓS DAR ENTRADA, NÃO RESISTIU AOS FERIMENTOS E VEIO A ÓBITO. QUE QUANDO A VÍTIMA FATAL TRAFEGAVA EM UMA BICICLETA, FOI ATINGIDA POR UMA MOTOCICLETA CONDUZIDA PELO AUTOR, O SENHOR FABIANO SEVERINO DONATO, O QUAL ALEGOU QUE TRANSITAVA NA BR 316, SENTIDO PETROLÂNDIA, QUANDO ATRAVESSOU REPERENTINAMENTE A RODOVIA JOSÉ MANOEL, CONDUZINDO A BICICLETA, CAUSANDO A COLISÃO ENTRE MOTO E ESTE VEÍCULO. A MOTO CONDUZIDA FABIANO ESTÁ EM NOME DE EDIVALDO DA SILVA, CONFORME CRLV EXERCÍCIO 2018. QUE FABIANO, DEVIDO AOS FERIMENTOS, FOI TRANSFERIDO AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, EM RECIFE, E A PESSOA QUE TRANSITAVA COMO PASSAGEIRA DA MOTO, ELISANGELA MONTEIRO SIMÃO, ESPOSA DESTA, ENCONTRA-SE EM OBSERVAÇÃO NO HOSPITAL DESTA MUNICÍPIO COM FERIMENTOS LEVES. QUE O CADÁVER FOI REMOVIDO PARA O IML DE CARUARU.

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

B.O. registrado por: **GILBERTO BEZERRA MONTEIRO - MAT. 273.110-0** - Matrícula: **273110-0**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	034.681.914-80	Fabiano Severino Donato
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Fabiano Severino Donato	034.681.914-80	
Profissão:	Endereço:	Número:
Agricultor	R. Manoel Ovídio da Silva Quadra 10-MB 1412-14	88
Complemento:	Cidade:	Estado:
Casa	Petrolândia	PE
CEP:	CEP:	Tel. (DDD):
56460-000	56460-000	(87) 9634-4907

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 6041 CONTA: 09363 7

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Serra Talhada 18-10-2018

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

EXCELSIOR SEGUROS

Assinatura

30 NOV. 2018

SEGURO DPVAT

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

COInter/2 - 11º Grupamento de Bombeiros

PETROLÂNDIA-PE, 03, de julho de 2018.

ANDERSON SOUTO DE CASTRO - CAP QOC/BM
Comandante



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N° 002/2018

O Auxiliar da Divisão de Operações de 11º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por solicitação da Sr. Fabiano Severino Donato, RG 582584-0 SSP-PE, CPF 034681914-80, residente a Rua Manoel Ovídio da Silva, Quadra 10 Centro, nº 88, PETROLÂNDIA-PE, Certifica que foi deslocada a viatura AR 398 do 11º Grupamento de Bombeiros de PETROLÂNDIA-PE, às 18h30min do dia 03 de Abril de 2018, comandada pelo 2º Sgt QBMG /1 Mat. 31935-0 CLAUDEMIR **LUCENA** DE SOUSA, para uma ocorrência de **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - COLISÃO CHOQUE)**, sendo vitimado o Sr. FABIANO SEVERINO DONATO, RG 582584-0 SSP-PE, CPF 034681914-80, o qual estava conduzindo o motocicleta modelo FAN 125, cor Preta, placa PGN-1091-PE. O acidente ocorreu na BR 316, município de PETROLÂNDIA-PE, e a vitima apresentava as seguintes lesões: hemorragia e ferimentos na face, escoriações no membro superior direito e no membro inferior direito, sendo socorrida e conduzida ao Hospital Municipal de Petrolândia (HOMUPE), ficando aos cuidados da **Dr. Viviane Almeida, CRM/PE 25058**. A presente certidão segue assinada por mim, 2º Sgt QBMG /1 Mat. 31935-0 CLAUDEMIR **LUCENA** DE SOUSA, Auxiliar da Divisão de Operações do 11º Grupamento de Bombeiros.

BRADESCO

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: 22/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIANO SEVERINO DONATO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06041-0

CONTA: 000000009363-7

Nr. Autenticação

BRADESCO2202201905000000000023706041000000009363135000 PAGO



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 28/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.832/0001-08 | INSC. Est. 0009943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ELIZANGELA MONTEIRO SIMÃO

CPF: 069.093.864-00

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Típico

NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
027589443	ÚNICA	13/09/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
13/09/2018	2002979778	2450112

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV MARCEL OVIDIO DA SILVA 80
QUADRA 10-MQ-141-LT-14
QUADRA 10-PETROLANDIA
PETROLANDIA-PE
55400-000

CONTA/CONTRATO	MÊS/ANO
4010893718	08/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA LEITURA
20/08/2018	12/09/2018
TOTAL PAGAR R\$	92,65

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	100,000000	0,77384272	77,38
Acréscimo Bandeira VERMELHA			7,41
Contribuição Iluminação Pública			8,13
Multa por atraso - NF 023876461 - 12/07/18			1,93
Juros por atraso - NF 023876461 - 12/07/18			0,02
Atualização IGP-M NF 023876461 - 12/07/18			0,01
TOTAL DA FATURA			92,65

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSUMO (KWH)
3011201857	C-1	12/07/2018	24.957,00	13/09/2018	25.941,00	32	984,00
3011201857	C-1	12/07/2018	24.957,00	13/09/2018	24.418,00	32	984,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		RESUMÃO DE IMPOSTOS			Fatura de energia elétrica - 13/09/2018 - 08/2018 - 027589443 - 027589443
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	
AGO 18	102	84,80	25,00	21,20	TAXAS APLICADAS 0,51166000
JUL 18	100	84,80	1,38	1,18	
JUN 18	117	84,80	8,26	7,00	
MAY 18	100				
ABR 18	121				
MAR 18	172				
FEV 18	180				
JAN 18	185				
DEZ 17	201				
NOV 17	245				
OCT 17	268				
SET 17	213				
AGO 17	184				

Consumo Abonador(a)	
0,51166000	

RESUMO NOTAS	
05EE DE3E E213 AAM NOBA PR2 / 304 30A5	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para a tarifa social de energia elétrica, o consumidor deve ser titular de um imóvel residencial e não exercer atividade comercial ou industrial. O cliente é responsável por manter o imóvel em condições adequadas para o uso residencial. O cliente é responsável por manter o imóvel em condições adequadas para o uso residencial. O cliente é responsável por manter o imóvel em condições adequadas para o uso residencial.

Para informações gerais sobre a tarifa social de energia elétrica, consulte o site da CELPE ou a Central de Atendimento ao Cliente.

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT



Tarifa Social de Energia (Lei 10.438, de 26/04/02)

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
INPJ 10.835.832/0001-08 | Insc. Est. 6005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF 368 710 364-15

IPSEP/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56913-130

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

033228249	UNICA	25/09/2018
25/09/2018	2000135269	3872821

2278076019	09/2018
02/10/2018	25/10/2018
245,82	

Consumo Ativo (kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	282,000000	0,75282608	212,28
Acréscimo Bandeira VERMELHA			20,35
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,88
ICMS Subvenção-CDE-UF 021882132-26/08/18			1,81
ICMS Subvenção-CDE-UF 029728408-26/07/18			1,73
PRÓ-CRANCA (0819412-8960 0805 031 BURG)			0,98

TOTAL DA FATURA

245,82

IP DO MEDIDOR	TPO DA FURÇÃO	DATA	ANTERIOR	ATUAL	IP DO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2015216218	CAI	27/09/2018	17 381,00	17 543,00	26	1,2000		282,00

DETALHAMENTO DO CONSUMO	VALOR DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	DETALHAMENTO DO CONSUMO	VALOR	%
NET 18 282				Transmissão	R\$ 9,74	3,97%
AGO 18 282				Distribuição (Carga)	R\$ 45,58	18,90%
Jul 18 286				Perdas de Energia	R\$ 14,21	5,76%
JUN 18 280				Energia Básica	R\$ 11,73	4,77%
Mai 18 278				Tributação	R\$ 71,48	29,02%
ABR 18 284				Total	R\$ 232,84	94,38%
MAR 18 272						
FEV 18 286						
JAN 18 238						
DEZ 17 240						
NOV 17 262						
OUT 17 262						
SET 17 278						

BULL 17477 686 8656 0055 B27B 805E 1A27

Importante lembrar que a tarifa social de energia elétrica é destinada apenas para consumidores residenciais e comerciais com baixa renda. Para saber mais sobre a tarifa social, consulte o site da CELPE ou a Central de Atendimento ao Cliente (0800 000 0000).

ATENÇÃO: A CELPE REFORMA SEUS MODELOS DE CONTAS EM ABERTO

Condições e não pagamento de energia elétrica (verificar a tarifa social)

Verificar a tarifa social de energia elétrica (verificar a tarifa social)

Verificar a tarifa social de energia elétrica (verificar a tarifa social)

Verificar a tarifa social de energia elétrica (verificar a tarifa social)

Verificar a tarifa social de energia elétrica (verificar a tarifa social)

Verificar a tarifa social de energia elétrica (verificar a tarifa social)

Verificar a tarifa social de energia elétrica (verificar a tarifa social)

Verificar a tarifa social de energia elétrica (verificar a tarifa social)

Verificar a tarifa social de energia elétrica (verificar a tarifa social)

Verificar a tarifa social de energia elétrica (verificar a tarifa social)

Verificar a tarifa social de energia elétrica (verificar a tarifa social)

Verificar a tarifa social de energia elétrica (verificar a tarifa social)

Verificar a tarifa social de energia elétrica (verificar a tarifa social)

Verificar a tarifa social de energia elétrica (verificar a tarifa social)

Verificar a tarifa social de energia elétrica (verificar a tarifa social)

Verificar a tarifa social de energia elétrica (verificar a tarifa social)

Verificar a tarifa social de energia elétrica (verificar a tarifa social)

Verificar a tarifa social de energia elétrica (verificar a tarifa social)

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 COAF**².

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 M.S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.744/25 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fabiano Severino Donato inscrito (a) no CPF sob o Nº 034.681.914/80, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Fabiano Severino Donato, inscrito (a) no CPF sob o Nº 034.681.914/80, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Agricultor Renda: não informar e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Francisco Olavo</u>		Número <u>110</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>IPSEP</u>	Cidade <u>Jejeia Talhada</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56912-130</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>81.9634-4907</u>

Jejeia Talhada, 23 de 11 de 2018
Local e Data

Rosana de M.S. Cavalcante
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EDUALDO DA SILVA,
RG nº 5852761, data de expedição 05/03/1997
Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 032.947.914-, com
domicílio na cidade de PETROLÂNDIA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA MACHADO DE ASSIS, nº 122,
complemento 11, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOSÉ MANOEL DA CONCEIÇÃO, cujo o condutor era
FABIANO SEVERINO DONATO.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA/CG 150 FANEST
Ano: 2013
Placa: PE N 1091
Chassi: 9C2 KC1670DRS20653
Data do Acidente: 03 DE ABRIL DE 2018
Local e Data: PETROLÂNDIA-PE 01.08.2018



EDUALDO DA SILVA

Assinatura do Declarante

Fabiano Severino Donato

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SERVIÇO ÚNICO DE TABELIONATO DE NOTAS, PROTESTOS DE TÍTULOS, REGISTRO DE IMÓVEIS E RTD/PJ DE PETROLÂNDIA-PE
ANTONIO FERNANDO DA SILVA - Tabelião / Av. São Pedro 8, Nº 01 - Torres - Centro - Petrolândia-PE - Cep: 55000-000 - Fone: (031) 3551-1000 - e-mail: antonio@petrolandia.tpe.net.br

Reconheço por Autenticidade a firma de EDUALDO DA SILVA
Petrolândia-PE., 01/08/2018 15:52:32 e dou fé. Em testemunho
da verdade. MICHELLE MARIA DE OLIVEIRA SILVA - Escrevente
Em R\$ 3,59, ISR R\$ 0,80, FERC R\$ 0,40 Total R\$ 4,79 Selo:
0077610.UUS06201801.04582 Consulte autenticidade em
www.tpe.jus.br/selodigital.

Gravura



CEP: 56460-000 – Fone: (87)3851.2262/1192 – CNPJ: 03.737.238/0001-83

**SERVIÇO DE PRONTO
ATENDIMENTO**

FICHA DE ATENDIMENTO

NOME		FABIANO SEVERINO DONATO	
DATA DE NASCIMENTO		27/10/1977	
MAE/PAI		MARIA DA CONCEICAO SILVA DONATO	
ENDEREÇO		QUADRA 11	
DATA DO ATENDIMENTO		03/04/2018	HO RA 19:10
Tipo de Doença () A-Agudo C-() Crônica Atendimento Médico Tempo de Doença:			
Requer quitação de nota após realização com bisacorta, acidente auto-culatório			
Resumo de Exame Físico Acidente: () 1-Trabalho() 2-Transito() 3-Outros Paciente agitado, pupilas anisocóricas, PA 130x80, S.A.O. 98/ Presença de labirintite manérgica AR MVE, 2/PA, ACU. PCR MVE Lt, 2/5			
Conclusão Diagnóstica			CID-10
TCE?			
Conduitas 1/ SFO 97 - 1000 - (E) 2/ Manual - 500 - (E) 3/ Trans - 1 ano + AD 20 - (E) 1 ano 4/ Teórica - 40 - (E) 1 ano 5/ sempre de preferência 6/ RX de Omax e PA 7/ RX de maxila e AP 8/ RX de abdome e AP 9/ RX de bacia e AP			
Médico - Assinatura - Carimbo		Assinatura do	
Paciente/Responsável			

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 954426

Nome: Fabiano Suenes Duarte

Foi atendido às 03:03 hs. do dia 04 / 04 / 18

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de aci-
dente motorístico envolvendo com
fratura de ON, C20 @, maxila @ e
blow out @ CID S024

* Necessita de 30 dias de repouso
domiciliar

Tratamento Realizado: Redução imediata de ON
dia 06/04/2018. Cirurgia realizada
dia 09/05/18 por Dr. Vinícius, Dr. Caio,
Dr. Amado e Dr. Priscilla para redu-
ção e fixação de fratura complexa de
treco unido de face anterior de osso supra-
orbital @ para a placa 2.0mm na SFZ @ osso
Observação: restituição maxilar @ + osso infra-or-
bitário @ para a tela 1.5mm + a placa 1.5mm
em maxila e anel de orbitário @.

Retorna ao ambulatório BMF dia 07/06/18
Cópia de: às 13:00s. Marca com antecedência e
trazer exames.

Médico - CRM Nº

Alta BMF 11/05/18

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



CliniK

Rua: Cornélio Soares, 939, sala 2, térreo,

Bairro: Nossa Senhora da Penha; Serra Talhada- PE;

CEP: 56903- 440

CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992



Relatório médico

Fabiano Severino Dantas; Idade: 41 anos.

Paciente foi vítima de acidente de trânsito, por colisão moto/bicicleta no dia 03/04/2018. Fato ocorrido no município de Petrolândia, BR 316, centro.

Foi levado ao hospital municipal da cidade de Petrolândia na qual foi atendido pelo médico e encaminhado ao hospital da restauração de Recife-PE, devido a fratura do maxilar e osso para nasal.

No hospital da restauração do Recife, foi realizada a cirurgia de correção da fratura, com a locação de placa de fixação.

Na avaliação clínica de sequelas, o paciente apresenta exame físico-clínico visual, sequela consequente ao trauma na qual foi observada dormência facial direita, diminuição da acuidade visual de mais ou menos 50% e dor moderada no maxilar direito. Informa ardor e queimor na região ocular direita.

No momento encontra-se de alta do tratamento com a fisioterapia.

Atenciosamente

Ricardo Bruno S. S. e Silva

Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva

CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992.

Dr. Ricardo Bruno
Médico
CRM-PE: 23409

Serra Talhada, 29 de janeiro de 2018.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PE

NOME
FABIANO SEVERINO DONATO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5825840 SSP PE

CPF
034.681.914-80

DATA NASCIMENTO
27/10/1977

FILIAÇÃO
SEVERINO FRANCISCO DOM
ATO
MARIA DA CONCEICAO SIL
VA DONATO

PERMISSÃO
A/B

ACC
A/B

CAT. HAB.
A/B

1º REGISTRO
04443033156

VALIDADE
23/11/2023

1ª HABILITAÇÃO
28/06/2008

OBSERVAÇÕES

Fabiano Severino Donato

ASSINATURA DO CONDUTOR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
23/11/2017

Carlos Andreus Sales Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

76565346100
PE082747149

PERNAMBUCO

DENATRAN **CONTRAN**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1487553201

PROIBIDO PLASTIFICAR
1487553201

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME:
ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF:
6870802 SDH PE

CPF:
051.394.744-25

DATA NASCIMENTO:
19/08/1983

FLACAO:
ARCENO FERRIRA DA
SILVA
MARIA JOSE DE MENEZES
SILVA

PURBESAD: ACC CAT HAB: A.B.

Nº REGISTRO:
04935894409

VIGENCIA:
19/11/2019

PHABILITACAO:
06/05/2010

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1017067334

PROBISO PLASTIFICAR
1017067334

OBSERVAÇÕES:
A

Rosana de Menezes Silva Cavalcante

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL:
SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO:
19/11/2014

[Assinatura]

ASSINATURA DO EMISSOR

47011846458
PRO63050163

DETRAN - PE - PERNAMBUCO

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180565953 **Cidade:** Petrolândia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIANO SEVERINO DONATO **Data do acidente:** 03/04/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de ossos próprios do nariz, maxilar direito e órbita direita.

Descrição do exame físico: Ao exame apresenta deformidade em hemiface direita com desnivelamento de maxila e assoalho orbitário comprometendo a abertura da boca. Refere redução da acuidade visual direita sem comprovação documental. Refere estar em acompanhamento especializado.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico; alta definitiva em julho de 2018.

Sequelas permanentes: Dano cranio facial.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/02/2019

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180565953**

Nome do(a) Examinado(a): **FABIANO SEVERINO DONATO**

Endereço do(a) Examinado(a):

AV MANOEL OVIDIO DA SILVA, 88, QD - 10 MQ 141 LT 14 - QUADRA 10 - Petrolândia - PE - CEP 56460-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PE**] **5825840**

Data e local do acidente: [**03/04/2018**] **petrolândia-PE**

Data e local do exame: [**11/02/2019**] **Paulo Afonso** [**BA**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura de ossos próprios do nariz, maxilar direito e órbita direita.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame apresenta deformidade em hemiface direita com desnivelamento de maxila e assoalho orbitário comprometendo a abertura da boca. Refere redução da acuidade visual direita sem comprovação documental. Refere estar em acompanhamento especializado.

III. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Realizado tratamento cirúrgico; alta definitiva em julho de 2018.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Dano cranio facial

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Estruturas cranio faciais

% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Emanuel Barros
Endocrinologia e Metabolismo
CRM BA 16229/PE 15380/AL 5096

Emanuel de Barros e Silva - CRM: 18229 - BA

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

DE: ROSANA MENEZES
RUA: JOCA MAGALHÃES
661 A
CENTRO
SERRA TALHADA - PE
CEP:56.903.480

PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT

AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175

RECIFE ANTIGO

RECIFE-PE

50.030.000

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

SEDEX

☐ AR ☐ MP

Correios

PESO (kg) 1,42

DY 30549179 0 BR

FC0028738



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180565953

Cidade: Petrolândia

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FABIANO SEVERINO DONATO

Data do acidente: 03/04/2018

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

PARECER

Diagnóstico: Fratura de ossos próprios do nariz, maxilar direito e órbita direita.

Descrição do exame físico: Ao exame apresenta deformidade em hemiface direita com desnivelamento de maxila e assoalho orbitário comprometendo a abertura da boca. Refere redução da acuidade visual direita sem comprovação documental. Refere estar em acompanhamento especializado.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico; alta definitiva em julho de 2018.

Sequelas permanentes: Dano cranio facial.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/02/2019

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180565953 **Cidade:** Petrolândia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIANO SEVERINO DONATO **Data do acidente:** 03/04/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO OSSO NASAL.
FRATURA DO MAXILAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180565953 **Cidade:** Petrolândia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIANO SEVERINO DONATO **Data do acidente:** 03/04/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO OSSO NASAL.
FRATURA DO MAXILAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X @ (PAG 1) SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

Procuração

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

1. Outorgante Fabiano Severino Donato

portador(a) do documento de identidade nº 5825840, expedido por SSP/PE, em

23, 11, 2017, inscrito no CPF sob o nº 034.681.914-80, residente na

Av. Manoel Quirino da Silva Quadra 10-mt-141-LT-14, nº 88

complemento Casa, Bairro Quadra 10, cidade

Petrolândia, 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

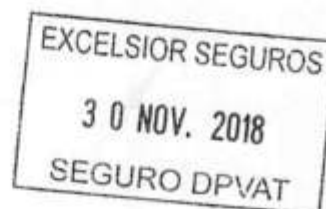
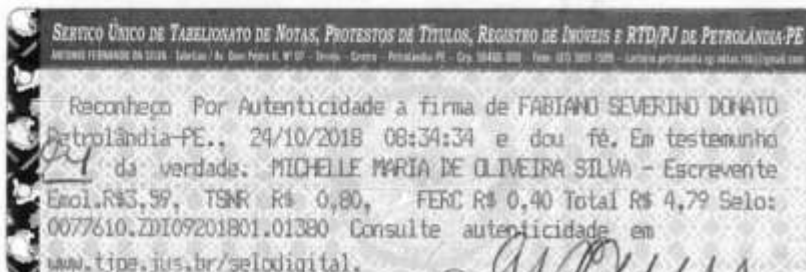
Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Serra Talhada, 18 de outubro de 2018



Outorgante

Fabiano Severino Donato



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435102/18

Número do Sinistro: 3180565953

Vítima: FABIANO SEVERINO DONATO

CPF: 034.681.914-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/04/2018

Titular do CPF: FABIANO SEVERINO
DONATO

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/01/2019
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/01/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435102/18

Número do Sinistro: 3180565953

Vítima: FABIANO SEVERINO DONATO

CPF: 034.681.914-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/04/2018

Titular do CPF: FABIANO SEVERINO
DONATO

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

FABIANO SEVERINO DONATO : 034.681.914-80

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/01/2019
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/01/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA