
Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190470309

Vítima: DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA

Data do Acidente: 18/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA

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, 22 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190470309

Vítima: DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA

Data do Acidente: 18/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 001

Agência: 000002739-1

Conta: 000010025557-4

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 119.249.244-71 Nome completo da vítima: DIHEGO MARCIEL BATISTA S. RIBEIRA

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

Nome completo: DIHEGO MARCIEL BATISTA S. RIBEIRA CPF: 119.249.244-71
Profissão: RECUSA Endereço: SITIO ALMAS Número: 4000 Complemento: CASA
Bairro: ZONA RURAL Cidade: TRIUNFO Estado: PE CEP: 56870-000
E-mail: TOINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM Tel. (DDD): 87-9935-5533

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: _____
AGÊNCIA: 2739 1 CONTA: 21.3.55 1 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (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.

Peio 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____
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: FLORES - PE 25/07/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

dihego marciel B. Siqueira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) 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.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 184ª CIRCUNSCRIÇÃO - CALUMBI - DP184-CIRC
DINTER2/21ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0274000127**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/07/2019** às **11:04**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **18/4/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CALUMBI, 01, PE 320, PROXIMO AO SÍTIO CAJAZEIRAS -**
Bairro: **CENTRO - CALUMBI/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE 320**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
EDMILSON GOMES DE PADUA (OUTRO)
DIHEGO MARciel BATISTA SIQUEIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DIHEGO MARciel BATISTA SIQUEIRA**

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

DIHEGO MARciel BATISTA SIQUEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARTA MARIA BATISTA BARBOSA** Pai: **JOSENALDO DOS SANTOS SIQUEIRA** Data de Nascimento: **8/3/1995** Naturalidade: **TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9708551/SDS/PE (RG), 11924924471 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **RUA MUNICÍPIO DE TRIUNFO, 4000, SÍTIO ALMAS - CEP: - Bairro: - TRIUNFO/PERNAMBUCO /BRASIL**

EDMILSON GOMES DE PADUA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ZILDA GOMES DE PADUA** Pai: **JOAO LOPES DE PADUA** Data de Nascimento: **15/7/1976** Naturalidade: **TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA MUNICÍPIO DE TRIUNFO, 68, RUA JOAO GOMES SOARES DA SILVA - CEP: - Bairro: - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

CG FAN 160 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDMILSON GOMES DE PADUA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DIHEGO MARciel BATISTA SIQUEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDY7586** (PERNAMBUCO/TRIUNFO) Renavam: **1154764998** Chassi: **9C2KC2200JR154305**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA INFORMANDO QUE: NA DATA DE 18/04/2019, QUANDO TRANSITAVA DE MOTOCICLETA (HONDA CG FAN 160) NA PE 320, NA ALTURA DO SÍTIO CAJAZEIRAS (CALUMBI-PE), indo para sua casa em TRIUNFO-PE, CAIU EM UM BURACO E VEIO A PERDER O CONTROLE DA MOTO, CAINDO AO SOLO. DEVIDO A QUEDA, DIHEGO TEVE O 5º DEDO DA MÃO DIREITA FRATURADO E UM FERIMENTO CORTANTE NO PÉ DIREITO (CORTE) (CONFORME O BOLETIM DE EMERGÊNCIA SENHA : 5665477), SENDO SOCORRIDO POR UM CONHECIDO QUE VINHA PASSANDO PELO LOCAL ALGUNS INSTANTES DEPOIS. A MOTOCICLETA SUPRACITADA PERTENCE A EDMILSON GOMES DE PADUA E NO ATO DO ACIDENTE ESTAVA DE POSSE DE DIHEGO MARCIEL, QUE VINHA SOZINHO.

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

DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA

(VITIMA) *dihego marciel B Siqueira*

B.O. registrado por: **Rodrigo Mesquita Pereira Valões** - Matrícula: **387178-9**

Rodrigo Mesquita Pereira Valões



08 AGO 2019

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: 119.249.244-71 Nome completo da vítima: DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA

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

Nome completo: DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA CPF: 119.249.244-71
Profissão: RECUSA Endereço: SITIO ALMAS Número: 4000 Complemento: CASA
Bairro: ZONA RURAL Cidade: TRIUNFO Estado: PE CEP: 56870-000
E-mail: TOINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM Tel. (DDD): 87-9935-5533

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: _____
AGÊNCIA: 2739 1 CONTA: 21.3.55 1 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (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.

Peio 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____
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: FLORES - PE 25/07/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

dihego marciel B Siqueira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) 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.

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO



PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO

Fundo Municipal de Saúde

UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Data e Hora: 16:55 18/04/19	Nº. Ocorrência
Nome: Diego Naciel Brito Silva	Data Nascimento: 08/03/95
Profissão:	Sexo: M Doc. Ident.: 9.708.351
End: R. São João	
Responsável: R. Nogueira	
End/Fone: 99934029	404 505379343018
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐ Agressão ☐ Consulta ☐	

Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:
-------------------	--------	--------------

Histórico e Exame Físico:

De fe acidente de trânsito
de auto com freio constante em
P.D. Fratura do 5º dedo
mão D.

Tratamento:

- Sutura
- B + PPD / P.D.

Impressão Diagnóstica:

Fratura 5º dedo.

Destino do Paciente
Removido para HospitalResidência ☐Internado ☐Transferido ☒

HOSPAM: 5665417

Óbito às

horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:

Dr. Jailson José dos Santos
Reumatologia
CRM: 17780/CRM-PR 1161

08 AGO 2019

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02739-1

CONTA: 000010025557-4

Nr. da Autenticação 7A8F33FF292F76D7

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. Jêssé de Barros, 111, São Várzea, Recife, Pernambuco - CEP 50050-900
 CNPJ: 10.838.810/0001-08 (Insc. Ins. 0020943-0) | www.cenipe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARILIA BATISTA BARBOSA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
R. ALMAS 4000

CPE: 101-123-274-1A-105-79E34340293

TRANSFO - QUALITRANSFORAL
TRANSFO PE
58870-000

CLASSIFICAÇÃO
S1 RESCENCIAL
BAIXA RENDA COM NG

W/SA NÚMERO FISCAL	SERIE	EMISSÃO
003087901	1/01/2018	23/08/2018
APPROXIMAÇÃO	W/DO CLIENTE	W/DA INSTALAÇÃO
23/08/2018	2011810001	8078147

CÓDIGO CONTRATO	05/2019
7009910390	
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE RECEBIMENTO
30/05/2019	21/06/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	78,28

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,7858873	7,97
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,40567487	28,40
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	48,0000000	0,8938231	1,60
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,87
CMS Subvencão-CODE NF 055587989-230319			1,58
CMS Subvencão Base Renda			1,82
Multa por atraso-NF 055587989-230319			1,75
Juros por atraso-NF 055587989-230319			0,89
Atualização ICMS-NF 055587989-230319			0,38
Compensação ICMS 0319			

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO REGISTRO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONTAGEM (GRU)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
10000000	CAF	23-06-2014	9.080,28	23-05-2014	9.301,20	30	1.220,92		140,00

REPARTIÇÃO DE PRODUÇÃO

Setor	Produção em GWh	%
Setor 1	1.000	10,0%
Setor 2	1.000	10,0%
Setor 3	1.000	10,0%
Setor 4	1.000	10,0%
Setor 5	1.000	10,0%
Setor 6	1.000	10,0%
Setor 7	1.000	10,0%
Setor 8	1.000	10,0%
Setor 9	1.000	10,0%
Setor 10	1.000	10,0%
Setor 11	1.000	10,0%
Setor 12	1.000	10,0%
Setor 13	1.000	10,0%
Setor 14	1.000	10,0%
Setor 15	1.000	10,0%
Setor 16	1.000	10,0%
Setor 17	1.000	10,0%
Setor 18	1.000	10,0%
Setor 19	1.000	10,0%
Setor 20	1.000	10,0%
Setor 21	1.000	10,0%
Setor 22	1.000	10,0%
Setor 23	1.000	10,0%
Setor 24	1.000	10,0%
Setor 25	1.000	10,0%
Setor 26	1.000	10,0%
Setor 27	1.000	10,0%
Setor 28	1.000	10,0%
Setor 29	1.000	10,0%
Setor 30	1.000	10,0%
Setor 31	1.000	10,0%
Setor 32	1.000	10,0%
Setor 33	1.000	10,0%
Setor 34	1.000	10,0%
Setor 35	1.000	10,0%
Setor 36	1.000	10,0%
Setor 37	1.000	10,0%
Setor 38	1.000	10,0%
Setor 39	1.000	10,0%
Setor 40	1.000	10,0%
Setor 41	1.000	10,0%
Setor 42	1.000	10,0%
Setor 43	1.000	10,0%
Setor 44	1.000	10,0%
Setor 45	1.000	10,0%
Setor 46	1.000	10,0%
Setor 47	1.000	10,0%
Setor 48	1.000	10,0%
Setor 49	1.000	10,0%
Setor 50	1.000	10,0%
Setor 51	1.000	10,0%
Setor 52	1.000	10,0%
Setor 53	1.000	10,0%
Setor 54	1.000	10,0%
Setor 55	1.000	10,0%
Setor 56	1.000	10,0%
Setor 57	1.000	10,0%
Setor 58	1.000	10,0%
Setor 59	1.000	10,0%
Setor 60	1.000	10,0%
Setor 61	1.000	10,0%
Setor 62	1.000	10,0%
Setor 63	1.000	10,0%
Setor 64	1.000	10,0%
Setor 65	1.000	10,0%
Setor 66	1.000	10,0%
Setor 67	1.000	10,0%
Setor 68	1.000	10,0%
Setor 69	1.000	10,0%
Setor 70	1.000	10,0%
Setor 71	1.000	10,0%
Setor 72	1.000	10,0%
Setor 73	1.000	10,0%
Setor 74	1.000	10,0%
Setor 75	1.000	10,0%
Setor 76	1.000	10,0%
Setor 77	1.000	10,0%
Setor 78	1.000	10,0%
Setor 79	1.000	10,0%
Setor 80	1.000	10,0%
Setor 81	1.000	10,0%
Setor 82	1.000	10,0%
Setor 83	1.000	10,0%
Setor 84	1.000	10,0%
Setor 85	1.000	10,0%
Setor 86	1.000	10,0%
Setor 87	1.000	10,0%
Setor 88	1.000	10,0%
Setor 89	1.000	10,0%
Setor 90	1.000	10,0%
Setor 91	1.000	10,0%
Setor 92	1.000	10,0%
Setor 93	1.000	10,0%
Setor 94	1.000	10,0%
Setor 95	1.000	10,0%
Setor 96	1.000	10,0%
Setor 97	1.000	10,0%
Setor 98	1.000	10,0%
Setor 99	1.000	10,0%
Setor 100	1.000	10,0%

REPARTIÇÃO DE PRODUÇÃO

Setor	Produção em GWh	%
Setor 1	1.000	10,0%
Setor 2	1.000	10,0%
Setor 3	1.000	10,0%
Setor 4	1.000	10,0%
Setor 5	1.000	10,0%
Setor 6	1.000	10,0%
Setor 7	1.000	10,0%
Setor 8	1.000	10,0%
Setor 9	1.000	10,0%
Setor 10	1.000	10,0%
Setor 11	1.000	10,0%
Setor 12	1.000	10,0%
Setor 13	1.000	10,0%
Setor 14	1.000	10,0%
Setor 15	1.000	10,0%
Setor 16	1.000	10,0%
Setor 17	1.000	10,0%
Setor 18	1.000	10,0%
Setor 19	1.000	10,0%
Setor 20	1.000	10,0%
Setor 21	1.000	10,0%
Setor 22	1.000	10,0%
Setor 23	1.000	10,0%
Setor 24	1.000	10,0%
Setor 25	1.000	10,0%
Setor 26	1.000	10,0%
Setor 27	1.000	10,0%
Setor 28	1.000	10,0%
Setor 29	1.000	10,0%
Setor 30	1.000	10,0%
Setor 31	1.000	10,0%
Setor 32	1.000	10,0%
Setor 33	1.000	10,0%
Setor 34	1.000	10,0%
Setor 35	1.000	10,0%
Setor 36	1.000	10,0%
Setor 37	1.000	10,0%
Setor 38	1.000	10,0%
Setor 39	1.000	10,0%
Setor 40	1.000	10,0%
Setor 41	1.000	10,0%
Setor 42	1.000	10,0%
Setor 43	1.000	10,0%
Setor 44	1.000	10,0%
Setor 45	1.000	10,0%
Setor 46	1.000	10,0%
Setor 47	1.000	10,0%
Setor 48	1.000	10,0%
Setor 49	1.000	10,0%
Setor 50	1.000	10,0%
Setor 51	1.000	10,0%
Setor 52	1.000	10,0%
Setor 53	1.000	10,0%
Setor 54	1.000	10,0%
Setor 55	1.000	10,0%
Setor 56	1.000	10,0%
Setor 57	1.000	10,0%
Setor 58	1.000	10,0%
Setor 59	1.000	10,0%
Setor 60	1.000	10,0%
Setor 61	1.000	10,0%
Setor 62	1.000	10,0%
Setor 63	1.000	10,0%
Setor 64	1.000	10,0%
Setor 65	1.000	10,0%
Setor 66	1.000	10,0%
Setor 67	1.000	10,0%
Setor 68	1.000	10,0%
Setor 69	1.000	10,0%
Setor 70	1.000	10,0%
Setor 71	1.000	10,0%
Setor 72	1.000	10,0%
Setor 73	1.000	10,0%
Setor 74	1.000	10,0%
Setor 75	1.000	10,0%
Setor 76	1.000	10,0%
Setor 77	1.000	10,0%
Setor 78	1.000	10,0%
Setor 79	1.000	10,0%
Setor 80	1.000	10,0%
Setor 81	1.000	10,0%
Setor 82	1.000	10,0%
Setor 83	1.000	10,0%
Setor 84	1.000	10,0%
Setor 85	1.000	10,0%
Setor 86	1.000	10,0%
Setor 87	1.000	10,0%
Setor 88	1.000	10,0%
Setor 89	1.000	10,0%
Setor 90	1.000	10,0%
Setor 91	1.000	10,0%
Setor 92	1.000	10,0%
Setor 93	1.000	10,0%
Setor 94	1.000	10,0%
Setor 95	1.000	10,0%
Setor 96	1.000	10,0%
Setor 97	1.000	10,0%
Setor 98	1.000	10,0%
Setor 99	1.000	10,0%
Setor 100	1.000	10,0%

REPARTIÇÃO DE PRODUÇÃO

Setor	Produção em GWh	%
Setor 1	1.000	10,0%
Setor 2	1.000	10,0%
Setor 3	1.000	10,0%
Setor 4	1.000	10,0%
Setor 5	1.000	10,0%
Setor 6	1.000	10,0%
Setor 7	1.000	10,0%
Setor 8	1.000	10,0%
Setor 9	1.000	10,0%
Setor 10	1.000	10,0%
Setor 11	1.000	10,0%
Setor 12	1.000	10,0%
Setor 13	1.000	10,0%
Setor 14	1.000	10,0%
Setor 15	1.000	10,0%
Setor 16	1.000	10,0%
Setor 17	1.000	10,0%
Setor 18	1.000	10,0%
Setor 19	1.000	10,0%
Setor 20	1.000	10,0%
Setor 21	1.000	10,0%
Setor 22	1.000	10,0%
Setor 23	1.000	10,0%
Setor 24	1.000	10,0%
Setor 25	1.000	10,0%
Setor 26	1.000	10,0%
Setor 27	1.000	10,0%
Setor 28	1.000	10,0%
Setor 29	1.000	10,0%
Setor 30	1.000	10,0%
Setor 31	1.000	10,0%
Setor 32	1.000	10,0%
Setor 33	1.000	10,0%
Setor 34	1.000	10,0%
Setor 35	1.000	10,0%
Setor 36	1.000	10,0%
Setor 37	1.000	10,0%
Setor 38	1.000	10,0%
Setor 39	1.000	10,0%
Setor 40	1.000	10,0%
Setor 41	1.000	10,0%
Setor 42	1.000	10,0%
Setor 43	1.000	10,0%
Setor 44	1.000	10,0%
Setor 45	1.000	10,0%
Setor 46	1.000	10,0%
Setor 47	1.000	10,0%
Setor 48	1.000	10,0%
Setor 49	1.000	10,0%
Setor 50	1.000	10,0%
Setor 51	1.000	10,0%
Setor 52	1.000	10,0%
Setor 53	1.000	10,0%
Setor 54	1.000	10,0%
Setor 55	1.000	10,0%
Setor 56	1.000	10,0%
Setor 57	1.000	10,0%
Setor 58	1.000	10,0%
Setor 59	1.000	10,0%
Setor 60	1.000	10,0%
Setor 61	1.000	10,0%
Setor 62	1.000	10,0%
Setor 63	1.000	10,0%
Setor 64	1.000	10,0%
Setor 65	1.000	10,0%
Setor 66	1.000	10,0%
Setor 67	1.000	10,0%
Setor 68	1.000	10,0%
Setor 69	1.000	10,0%
Setor 70	1.000	10,0%
Setor 71	1.000	10,0%
Setor 72	1.000	10,0%
Setor 73	1.000	10,0%
Setor 74	1.000	10,0%
Setor 75	1.000	10,0%
Setor 76	1.000	10,0%
Setor 77	1.000	10,0%
Setor 78	1.000	10,0%
Setor 79	1.000	10,0%
Setor 80	1.000	10,0%
Setor 81	1.000	10,0%
Setor 82	1.000	10,0%
Setor 83	1.000	10,0%
Setor 84	1.000	10,0%
Setor 85	1.000	10,0%
Setor 86	1.000	10,0%
Setor 87	1.000	10,0%
Setor 88	1.000	10,0%
Setor 89	1.000	10,0%
Setor 90	1.000	10,0%
Setor 91	1.000	10,0%
Setor 92	1.000	10,0%
Setor 93	1.000	10,0%
Setor 94	1.000	10,0%
Setor 95	1.000	10,0%
Setor 96	1.000	10,0%
Setor 97	1.000	10,0%
Setor 98	1.000	10,0%
Setor 99	1.000	10,0%
Setor 100	1.000	10,0%

REPARTIÇÃO DE PRODUÇÃO

Setor	Produção em GWh	%
Setor 1	1.000	10,0%
Setor 2	1.000	10,0%
Setor 3	1.000	10,0%
Setor 4	1.000	10,0%
Setor 5	1.000	10,0%
Setor 6	1.000	10,0%
Setor 7	1.000	10,0%
Setor 8	1.000	10,0%
Setor 9	1.000	10,0%
Setor 10	1.000	10,0%
Setor 11	1.000	10,0%
Setor 1		

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

INFORMAZIONE SULLA SOSTANZA

Per ogni qualità, fare riferimento al numero di controllo particolare di qualità, con il quale la sostanza è stata messa in commercio, e al numero di controllo particolare di qualità, con il quale la sostanza è stata messa in commercio. Per ogni qualità, fare riferimento al numero di controllo particolare di qualità, con il quale la sostanza è stata messa in commercio, e al numero di controllo particolare di qualità, con il quale la sostanza è stata messa in commercio.

ATENÇÃO: A GOLFGS INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ATRASO

INATE 19 DAS UNIDADES DIFERENTES CAUSAS MORTALES				
Unidade	19-01-2014	19-02-2014	Unidade	19-03-2014
1	2	3	4	5

Este componente foi utilizado como referência para a obtenção de dados sobre a situação da saúde pública no Brasil. Os dados foram coletados em 1998, durante a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Pública, realizada em Brasília, DF, em 1998. Os dados foram coletados em 1998, durante a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Pública, realizada em Brasília, DF, em 1998.

	TRIMESTRE PRIM 2010	TRIMESTRE SEGUNDO 2010	TRIMESTRE TERCERO 2010	TRIMESTRE CUARTO 2010
PER	1,38	14,79	21,44	43,83
PER	3,30	9,87	15,34	30,00
PER	7,23	8,88	8,88	8,88

União: 00,00 + 0,00 = 0,00 - valor do orçamento com de Sistema de Gestão - 00,00

[illegible]

CONTA CONTRATO	MÊSANO	DIA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
05/2019	05/2019	30/05/2019	76,26

838900000000-5 78280011007-8 00991039010-3 14023867323-0



08 AGO 2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO URBANO E HABITAÇÃO
SECRETARIA DA FAZENDA
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

Boleto de Pagamento de Licenciamento 2019
Veículos Usados



ANTONIO PEREIRA FILHO
RUA TRAV MANOEL SANTANA 56
CASA
CENTRO
56850-000 FLORES PE

PCK6268

HONDA/CG 160 FAN

Carta

DETRAN-PE

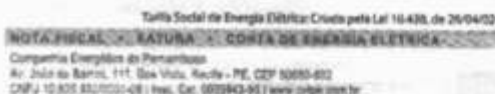
COBRE

Data Postagem
21/01/2019



Pernambuco

08 AGO 2019



DIA MARCELO SANTANA *

CENTROFLORE®
FLORES RE.
56650-000

B1 RESOURCES
BANK RENT COMPANY

CT1017059	UNCA	34672015
CT1017060	UNCA	34672015
CT1017061	UNCA	34672015
CT1017062	UNCA	34672015
CT1017063	UNCA	34672015
CT1017064	UNCA	34672015
CT1017065	UNCA	34672015
CT1017066	UNCA	34672015
CT1017067	UNCA	34672015
CT1017068	UNCA	34672015
CT1017069	UNCA	34672015
CT1017070	UNCA	34672015
CT1017071	UNCA	34672015
CT1017072	UNCA	34672015
CT1017073	UNCA	34672015
CT1017074	UNCA	34672015
CT1017075	UNCA	34672015
CT1017076	UNCA	34672015
CT1017077	UNCA	34672015
CT1017078	UNCA	34672015
CT1017079	UNCA	34672015
CT1017080	UNCA	34672015
CT1017081	UNCA	34672015
CT1017082	UNCA	34672015
CT1017083	UNCA	34672015
CT1017084	UNCA	34672015
CT1017085	UNCA	34672015
CT1017086	UNCA	34672015
CT1017087	UNCA	34672015
CT1017088	UNCA	34672015
CT1017089	UNCA	34672015
CT1017090	UNCA	34672015
CT1017091	UNCA	34672015
CT1017092	UNCA	34672015
CT1017093	UNCA	34672015
CT1017094	UNCA	34672015
CT1017095	UNCA	34672015
CT1017096	UNCA	34672015
CT1017097	UNCA	34672015
CT1017098	UNCA	34672015
CT1017099	UNCA	34672015
CT1017100	UNCA	34672015

4005836662	07/2019
31/07/2019	23/08/2019
248.40	

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	SALDO (R\$)
Consumo Ativo de 30 kWh	30.0000000	1.2645628	7,81
Consumo Ativo superior a 30 ate 100 kWh	70.0000000	0.4404992	31,25
Consumo Ativo superior a 100 ate 220 kWh	170.0000000	0.6867498	80,38
Consumo Ativo superior a 220 kWh	89.0000000	5.74410054	73,87
Adesão Simples a AMARELA			3,79
Contrib. Sum. Pública Municipal			49,34
ICMS Subversão CDS-1F 082944173-24/05/19			1,43
ICMS Subversão Base e Perda			9,55
Multa por atraso - 4f 067062780 - 22/06/19			3,79
Juros por atraso-1F 067062780 - 22/06/19			0,56
Atualização IGP/FI 067062780 - 22/06/19			0,55
Compensação CMC 06/19			-4,34
Idrus ITAPU - art 21 taxa IC 43822002			-2,31

1. 2000年10月1日

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE CONSTANTES	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			
22649/01	LAT	30/08/2019	40.326,00	24/07/2019	41.867,20	52	1,2000	215,88

RECEITA DE ENERGIA ELÉTRICA - 2016

Mês	2016 (R\$ mil)	2015 (R\$ mil)
Jan/16	213	213
Fev/16	320	320
Mar/16	268	268
Abr/16	305	305
Mai/16	335	335
Jun/16	313	313
Jul/16	385	385
Ago/16	381	381
Set/16	420	420
Out/16	316	316
Nov/16	316	316
Dez/16	374	374
Total 2016	3.728	3.728

Descrição	Valor (R\$ mil)	%
Energia de origem térmica	1.981,87	53,2%
Energia de origem hidráulica	1.067,87	28,6%
Energia de origem eólica	1.067,87	28,6%
Energia de origem solar	1.067,87	28,6%
Energia de origem biomassa	1.067,87	28,6%
Energia de origem outras fontes	1.067,87	28,6%
Total	3.728,00	100,0%

[illegible]

As a consequence, the 1998
European Union (EU) Directive
91/271/EEC, having provided
significant assistance in reaching the
desired level of wastewater treatment,
is largely not feasible in countries that
are unable to do so.

SÍNTESE DE PRODUÇÃO (em toneladas)					SÍNTESE DE TRABALHO		
CONSUMO	VALOR MATERIAL PRODUTO	LÍQUIDO MATERIAL	LÍQUIDO PRODUTO	LÍQUIDO TOTAL	TENSÃO MOMIAL (N)	LÍQUIDO DE VARIAÇÃO (N)	
						absoluto	relativo
2007	0,26	0,62	10,86	21,73	226	30,2	23,9
2008	1,20	1,36	0,73	13,66			
2009	0,34	1,11	0,20	2,00			

© 2006 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 260: 395–403



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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 6.133/98.

Pelo exposto, eu ANTONIO PEREIRA FILHO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 452.545.084 / 34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

DIEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 119.249.244 / 71

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima DIEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 119.249.244 / 71, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>TV. MANOEL SANTANA</u>	Número: <u>56</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>FLORES</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>TOINHODERMELIA@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>56.850-000</u>	Tel. (DDD): <u>87-9935-5533</u>

Local e Data: FLORES - PE 25/07/2019

Antonio Pereira Filho
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EDMILSON GOMES DE PADUA

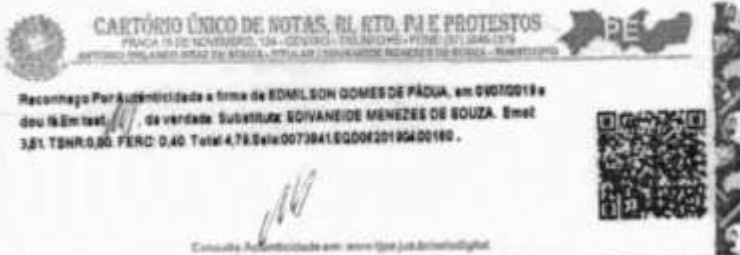
RG nº 5351618, data de expedição 04/05/02,
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 024.485.894-29, com
domicílio na cidade de TRIUNFO, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SILVAS, nº 4000.

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima DINEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA, cujo o condutor era DINEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA/CG 160 FAN
Ano: 2018 MOD 2018
Placa: PDY 7586
Chassi: 9C2K622003R154305
Data do Acidente: 18/04/2019
Local e Data: FLORES - PE 25/07/2019

Edmilson Gomes de Paiva
Assinatura do Declarante
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Diogo marcel B Siqueira
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)



08 AGO 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190470309 **Cidade:** Calumbi **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA **Data do acidente:** 18/04/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.8)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA 5º DEDO DA MÃO
DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO
Fundo Municipal de Saúde
UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY
BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Data e Hora: 16:55 18/04/19	Nº. Ocorrência
Nome: Diego Marcel Brito da Silva	Data Nascimento: 18/03/95
Profissão:	Sexo: M Doc. Ident.: 9.708.551
End.: Rua das Flores	
Responsável: R. Mendes	
End/Fone: 99934079 404 505379343018	
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐	
Agressão ☐ Consulta ☐	

Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:
-------------------	--------	--------------

Histórico e Exame Físico: De fe. vítima de acidente de auto com ferimento extenso em P.D. e Fratura do 5º dedo mão D.

Tratamento:

- sutura
- B + MRD / P.D. D

Impressão Diagnóstica: Fratura 5º dedo.

Destino do Paciente Removido para Hospital ☐ Residência ☐ Internado ☐ Transferido ☒ 1

Óbito às horas do dia

Médico - Carimbo e CRM: Dr. Jailson José dos Santos
Reumatologia
CRM 17760-SP

08 AGO 2019



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM

Encaminhamento para Especialista

Unidade de Origem:

Paciente

Registro

Dados Clínicos

Exames Complementares Resultados

Hipótese Diagnóstica

Conduta Adotada

Justificativa do Encaminhamento

Encaminhado para

Data

Nome

CRM

Unidade do Especialista

Exame Clínico

Exames Complementares

Parecer do Especialista

Tratamento Proposto

LOCAL: Na Unidade de Origem ☐
Na Unidade de Referência ☐
Outro Serviço ☐

08 AGO 2019

Nome

CRM

Data



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA							Nº: 130
Data: 26/04/2019	Hora: 19:28						
Nome: Francisco Batista Soares	Profissão: Cirurgião						
Nome Social:	Estado Civil: Solteiro						
Nascimento: 05/03/1975	Sexo: M						
Escolaridade: P. 9º	Responsável: Maria (grávida)						
Mãe: Maria Regina Batista Bonfim							
Endereço: Rua...	Município: Juazeiro			Fone: 9.9600.8345			
Bairro: Zona Sul	RG/CPF: 9.108.551						
Cartão SUS: 904 5063 1434 3018							
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena		
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							☐ VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL
Situação/Queixa:							
PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:	
Medicações em uso:							
Intolerâncias/Alergias:							
Fluxograma:				Carimbo e Assinatura:			
ATENDIMENTO MÉDICO							
História e Exame Físico:							
Ouvos mto							
Tratamento:							
Com...							
+ 1000							
1º Novoq 1000 @ AP + Oligo.							
Hipótese Diagnóstica:				Carimbo e Assinatura:			
Fratura f. 20V 20D				Dr. José André M. B. Guimarães Médico Ortopedista			

Paciente em lista de ortopedia.

08 AGO 2019

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA

DATA DA SOLICITAÇÃO:
20/04/2019 10:40

MÉDICO SOLICITANTE:
JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
CRM - 9608

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:
DIEGO MARCEL B. SIQUEIRA

Nº DO PRONTUÁRIO:
564010

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

DATA DE NASCIMENTO:
08/03/1995

SEXO:
Masculino

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:
MARTA MARIA B. BARBOSA

TELEFONE DE CONTATO:

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):
SÍTIO ALMAS, ZONA RURAL

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
TRIUNFO

CÓD. IBGE MUNICÍPIO:
4322004

UF:
PE

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

ARQUIVOS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACT, ERR APOS QUEDA DE BICICLETA SOFRE FRATURA NO MOMENTO COM DOR E EDEMA EM REGIÃO PELE INTEGRAL.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS):

EXAME FÍSICO + RAIOS X

DIAGNÓSTICO INICIAL:

FRATURA FVDO 5º DEDO DIREITO

CID 10 PRINCIPAL:

CID 10 SECUNDÁRIO:

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS

F. CARDÍACA:
65 Bpm

F. RESPIRATÓRIA:
20 lpm

PRES. ARTERIAL:
120/80 MMHG

SATURACAO:
99 %

TEMPERATURA:
36,5 °C

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

CLÍNICA:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
URGÊNCIA

DOCUMENTO:
(X) CNS () CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

DATA DE AUTORIZAÇÃO:

TIPO DE LEITO:

ESPECIALIDADE:

MÉDICO AUTORIZADOR:

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

DATA DA SOLICITAÇÃO:

DOCUMENTO:
(X) CNS () CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:
6572

08 AGO 2019

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora Profissional Evolução

22/04/19 09:16 JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES

Descrição

PACT, INTERNO SEM QUEIXAS NO MOMENTO, SEGUE AGUARDANDO VAGA CIRURGICA

Data/Hora Profissional Evolução

21/04/19 07:19 GLISSIA OLIVEIRA PAIXAO E SILVA

Descrição

REALIZADO BUSCA ATIVA DE LEITOS, SEM DISPONIBILIDADE NO MOMENTO.

Data/Hora Profissional Evolução

20/04/19 11:28 MARIANA FERRAZ DA SILVA ROSA

Descrição

SOLICITAÇÃO VISUALIZADA. NO MOMENTO NÃO DISPONEMOS DE VAGAS PARA OFERTAR NESTA ESPECIALIDADE NAS REDES PÚBLICAS E CONVENIADAS AO SUS.

Data/Hora Profissional Evolução

20/04/19 10:54 JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES

Descrição

Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
20/04/19 10:54	Em digitação	0h:0m:57s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada,
20/04/19 10:55	Aguardando Regulação	0h:31m:15s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.
20/04/19 11:26	Aguardando Regulação	0h:0m:28s	RNASCIMENTO/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Associando profissional regulador: RNASCIMENTO solicitação: 564020
20/04/19 11:27	Regulado	0h:2m:1s	RNASCIMENTO/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO REGULAÇÃO para REGULADO.
20/04/19 11:29	Aguardando Disponibilidade		MARIANA FERRAZ DA SILVA ROSA/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de REGULADO para AGUARDANDO DISPONIBILIDADE.

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO

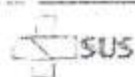
Data / Hora Paciente Assistido Usuário

DADOS REJEIÇÃO

Hospital São Vicente

Data Atend: 29/04/2019	Atendimento: 0014370	Quarto/leito: 202 / 3
Paciente: 00111929 - DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA		
Data Nasc: 06/03/1995	Idade: 24 Anos	Sexo: Masculino
Profissão: AGRICULTOR	Naturalidade: TRIUNFO	Estado Civil: Solteiro
Nome Pai: JOSEALDO DOS SANTOS SIQUEIRA	Nome Mãe: MARTA MARIA BATISTA BARBOSA	
Endereço: SÍTIO ALMAS, 4000	- ZONA RURAL - TRIUNFO - PE	
Telefones: () / () / (87) 9960.58345		
Elementos da Ocorrência:		
Acidente de Trânsito ()	Acidente de Trabalho ()	Outros Acidentes ()
Suicídio ()	Casual ()	Outros ()
Nome Acompanhante:		Telefone de Contato: ()
Endereço Acompanhante:		
Local da Ocorrência:		
ANAMNESE E EXAME FÍSICO:		
<i>Lesão perfurante MSD, def- lidade de pele ferida 5º QD, fer- teles, dor e hemorragia mod. - M.O. Sin</i>		
Diagnóstico Inicial: <i>FATURO DE F. DO V E DD</i>		
SADT:		
Diagnóstico Final: <i>FRAT - 5º QD @</i>		
Condição de Alta	Motivo de Alta	
Melhorada ☒	Descrição Médica ☒	Data do Internamento: <i>29/4/19</i>
Inalterado ()	Alta a Pedido ()	Data da Alta: <i>1/5/19</i>
Piorando ()	Transferência ()	Local: _____
Óbito + 48h ()	Evasão ()	
Óbito - 48h ()	Indisciplina ()	
Óbito em ____/____/____		
Hora: _____		<i>Jose André Mota B. Gonçalves</i> Médico Responsável CPF: 325.714.984-06 CRM: 9608

08 AGO 2019



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

4 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

DIHEGO MARCEL BATISTA SIQUEIRA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

00111929

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 4 5 0 5 3 7 9 3 4 3 0 1 8

8 - DATA DE NASCIMENTO

08 / 03 / 1995

9 - SEXO

Masc. ☐ Fem. ☐

10 - RAÇA/COR

PARDAS

11 - NOME DA MÃE

MARTA MARIA BATISTA BARBOSA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRO)

SITIO ALMAS, 4000, ZONA RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

TRIUNFO

17 - COD. UGE MUNICIPAL

2615706

18 - UF

PE

19 - CEP

5 6 8 7 0 0 0

30 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Doença autoimune MSD, de caráter local, progressiva, com quadro clínico de sintomas de autoimunidade de MSD.

31 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

32 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

33 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO

34 - CID 10 PRINCIPAL

35 - CID 10 SECUNDÁRIAS

36 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

37 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

38 - DATA DE SOLICITAÇÃO

39 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

40 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

41 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

42 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

43 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

44 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

45 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

47 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

48 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

50 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

51 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

52 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

53 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

54 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

55 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

56 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

57 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

58 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

59 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

60 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

61 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

62 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

63 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

64 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

65 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

66 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

67 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

68 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

AUTORIZAÇÃO

40 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CID, ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

53 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

54 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

55 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

56 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

57 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

58 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

59 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

60 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

61 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Dr. Paulo Roberto de Melo
CPF: 153.272.214-13 CRM: 8603
Médico Autorizador

02

12

29.04

2019

08 AGO 2019

29.04 a 01.05.19



Hospital São Vicente

Data Atend: 29/04/2019	Atendimento: 0014370	Quarto/leito: 202 / 3
Paciente: 00111929 - DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA		
Cirurgia Realizado: <i>Artroscopia de joelho 5º QD, Luv</i>	N. do Procedimento: <i>0408020342</i>	
Data: <i>30/04/19</i>	Início:	Término
Cirurgião: <i>ANTONIO</i>		
1º Auxiliar:		
2º Auxiliar:		
Anestesista: <i>Luciano</i>		
DESCRIÇÃO CIRURGICA: <i>Del sistema assepsia MDDT Técnica, Manipulação feita com fio e fixado p.e usando os fios de KIRSCHNER e pontos e suturas</i>		
 Antônio Rodrigues de Freitas CRM 7351 CPF: 056.552.003-25		
Assinatura do Cirurgião		

NÃO ALÉRGICO

08 AGO 2019



(81) 9 96 06 39 68

HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

Nome: DILAGO MARCEL B. S. OLIVEIRA

DIAG: FRATURA F. DO IV ODD

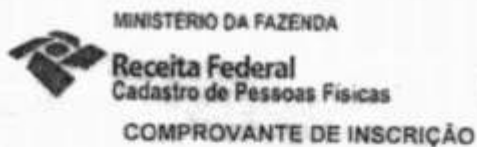
NO HOSPITAL SÃO LUIZ

- ① DIÁG. LÍQUO
- ② MANEJO NO D.M. ALVOS
- ③ COB. ENITMOG. TPA E
- ④ CCG

Data: 18/4/19

Médico - CRM

08 AGO 2019



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
119.249.244-71

Nome
DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA

Nascimento
08/03/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.708.551 DATA DE EXPIRAÇÃO 08/04/2013

NOME << DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA >>

FILIAL << JOSEVALDO DOS SANTOS SIQUEIRA >>
<< MARTA MARIA BATISTA BARBOSA >>

NATURALIDADE TRIUNFO - PE DATA DE NASCIMENTO 08/03/1995

DOC. ORIGIN << 1311930155 1995 1 00064 002
0010658 XX TRIUNFO-PE >>

CPF 119.249.244-71

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 2006

CÓDIGO DE CONTROLE
19B3.4EAA.51F3.18BB

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 10:07:01 do dia 16/10/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO

10H-02

Dihego marciel Batista Siqueira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

08 AGO 2019

08 AGO 2019

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: DIHEGO MARCEL BATISTA SIQUEIRA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: RECUSO, portador(a) do RG 9 208 551, órgão expedidor SUS-PE
e do CPF: 119 249 244-91, residente no(a) SI. ALMAS
nº 4000, bairro: RURAL, município: TRIUNFO I. PE

OUTORGADO:

Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: RECUSO, portador(a) do RG 2999 873, órgão expedidor SSP-PE
e do CPF: 452.545.084-34, residente no(a) TV MANUEL SANTANA
nº 56, bairro: CENTRO, município: FLORES I. PE

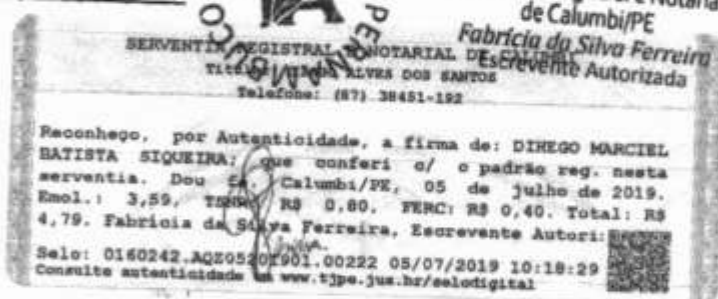
PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomelo e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima DIHEGO MARCEL BATISTA SIQUEIRA
CPF 119.249.244-91 data do acidente: 16/07/2019

Local e data: FLORES-PE 25/07/2019

Dihego marcel B. Siqueira
Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital



DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(E E HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
e do CPF: _____, residente no(a) _____
nº _____, bairro: _____, município: _____ I.

Nome: _____
CPF: _____
Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS
1º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
2º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: DIHEGO MARCEL BATISTA SIQUEIRA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: RECUSA, portador(a) do RG 9 208 551, órgão expedidor SUS-PE
e do CPF: 119 249 244-91, residente no(a) SI. ALMAS
nº 4000, bairro: RURAL, município: TRIUNFO I. PE

OUTORGADO:

Nome: ANTONINIO PEREIRA FILHO, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: RECUSA, portador(a) do RG 2999 873, órgão expedidor SSP-PE
e do CPF: 452.545.084-34, residente no(a) TV MANUEL SANTANA
nº 56, bairro: CENTRO, município: FLORES I. PE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomelo e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima DIHEGO MARCEL BATISTA SIQUEIRA
CPF 119.249.244-91 data do acidente: 16/07/2019

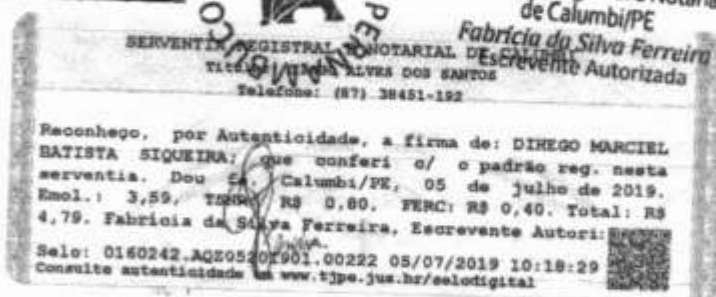
Local e data: FLORES-PE 25/07/2019

Dihego marcel B. Siqueira

Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital



DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(E E HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
e do CPF: _____, residente no(a) _____
nº _____, bairro: _____, município: _____ I.

Nome: _____
CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271283/19

Vítima: DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA

CPF: 119.249.244-71

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 18/04/2019

Titular do CPF: DIHEGO MARCIEL
BATISTA SIQUEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ANTONIO PEREIRA FILHO : 452.545.084-34

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

DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA : 119.249.244-71

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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: 08/08/2019
Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO
CPF: 452.545.084-34

ANTONIO PEREIRA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/08/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271283/19

Número do Sinistro: 3190470309

Vítima: DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA

CPF: 119.249.244-71

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 18/04/2019

Titular do CPF: DIHEGO MARCIEL
BATISTA SIQUEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

ANTONIO PEREIRA FILHO : 452.545.084-34

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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: 20/08/2019
Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO
CPF: 452.545.084-34

ANTONIO PEREIRA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/08/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **119.249.244-71** 4 - Nome completo da vítima: **DIEGO MARCEL BATISTA SIQUEIRA**

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

5 - Nome completo: **DIEGO MARCEL BATISTA SIQUEIRA** 6 - CPF: **119.249.244-71**
7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: **ST. ALMAS** 9 - Número: **4.000** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **ZONA RURAL** 12 - Cidade: **TENUFFO** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **56840-000**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): **3199162888**

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: **2739** **1** CONTA: **25557** **2**
(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 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

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 (a) (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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **SALGUEIRO-PE 22/08/2019**

Diego Marcel B. Siqueira
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)