



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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

Eu, José Mateus da Silva Sobrinho,  
RG nº 3964600, data de expedição 31/08/1988  
Órgão SSP - PE, portador do CPF nº 592.166.544-49,  
com domicílio na cidade de CALUMBI, no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
S. - VARZEA GRANDE, nº 629,  
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  
x ANTONIO MATEUS SOBRINHO, cujo o condutor era  
x Kleidiane da Silva.  
Veículo: Motocicleta Modelo: HONDA CG 150 Titânia Ano: 2010  
Placa: NXU-2008 Chassi: 9C2KC1610AR053434  
Data do Acidente: 23/02/2019

Local e Data: CALUMBI - PE 20/08/2019

x José Mateus da Silva Sobrinho  
Assinatura do Declarante

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



SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE CALUMBI  
TITULAR: TIAGO ALVES DOS SANTOS  
Telefone: (87) 38451-192

Serventia Registral e Notarial  
de Calumbi/PE  
Fabricia da Silva Ferreira  
- Escrivente Autorizada

Reconhecço, por Autenticidade, a firma de: JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO, que conferiu o padrão reg. neste serventia. Dto. f. Calumbi/PE, 20 de agosto de 2019.  
Emol.: 3,59, TSNR: R\$ 0,80, FERC: R\$ 0,40, Total: R\$ 4,79. Fabricia da Silva Ferreira, Escrivente Autorizada  
Selos: 0160242.PUJU08201901.000040 20/08/2019 08:54:10  
Consulta autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)

06 SET 2019



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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

Eu, José Mateus da Silva Sobrinho,  
RG nº 3964600, data de expedição 31/08/1988  
Órgão SSP - PE, portador do CPF nº 592.166.544-49,  
com domicílio na cidade de CALUMBI, no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
S. - VARZEA GRANDE, nº 629,  
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  
x ANTONIO MATEUS SOBRINHO, cujo o condutor era  
x Kleidiane da Silva.  
Veículo: Motocicleta Modelo: HONDA CG 150 Titânia Ano: 2010  
Placa: NXU-2008 Chassi: 9C2KC1610AR053434  
Data do Acidente: 23/02/2019

Local e Data: CALUMBI - PE 20/08/2019

x José Mateus da Silva Sobrinho  
Assinatura do Declarante

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



SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE CALUMBI  
TITULAR: TIAGO ALVES DOS SANTOS  
TELEFONE: (87) 38451-192

Serventia Registral e Notarial  
de Calumbi/PE  
Fabricia da Silva Ferreira  
- Escrivente Autorizada

Reconheço, por Autenticidade, a firma de: JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO, que conferiu o padrão reg. neste serventia. Dto. f. Calumbi/PE, 20 de agosto de 2019.  
Emol.: 3,59, TSNR: R\$ 0,80, FERC: R\$ 0,40, Total: R\$ 4,79. Fabricia da Silva Ferreira, Escrivente Autorizada  
Selos: 0160242.PUJU08201901.000040 20/08/2019 08:54:10  
Consulta autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)

06 SET 2019

9.8828-5625



**HOSPM**  
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR  
AGAMENON MAGALHÃES



13048.

## BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 30.

Data:	23/01/19	Hora:	09:36			
Nome:	Antônio Mota Salomão					
Nome Social:	Cleuver					
Nascimento:	08/04/95	Sexo:	M			
Escolaridade:	Ensino Fundamental					
Mãe:	Maria da Conceição Boa Ventura de Souza					
Endereço:	Sítio Vargem Grande					
Bairro:						
Cartão SUS:	898054177046592			RG/CPF:	9.619.443.50574	
Raça/Cor:	Branca	Preta	<input checked="" type="checkbox"/> Parda	Amarela	Indígena	

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**  VERMELHO  AMARELO  VERDE  AZUL

Situação/Quelxa:

PA:	P脉:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
-----	-----	------	----	-------	-------	----------

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:	Carimbo e Assinatura:
-------------	-----------------------

### ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Em que o const m- + 3mm.

Tratamento:

I - Sol. R+ braço

Fratura de ulna

Solicite mobilização  
Internar dia 25/02/19

Dra. Juliana Campos  
Médica  
CRM-PE 26913

Hipótese Diagnóstica:

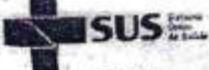
FRACURA

Carimbo e Assinatura:



**HOSPAM**  
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR  
AGAMENON MAGALHÃES

98858-2275  
98828-5625



23 dey.

## BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 37

Data:	29/04/19	Hora:	09:20		
Nome:	Antônio Motaus Polonez	Profissão:	agricultor		
Nome Social:		Estado Civil:	SOLTEIRO		
Nascimento:	08/04/05	Sexo:	M		
Escolaridade:	EAD	Responsável:	O Júlio		
Mãe:	Maria Francisca Beira-Centura da Silveira				
Endereço:	Av. Vaz Lobo, Granja	Município:	Pedreiras		
Bairro:		Fone:	9.8859.0866		
Cartão SUS:		RG/CPF:			
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO

AMARELO

VERDE

AZUL

Situação/Queixa:

+ — ↗ Ateus ↑  
Laringe

PA:	P脉:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
-----	-----	------	----	-------	-------	----------

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:

Carimbo e Assinatura:

### ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

→ Laringe cossido

\_\_\_\_\_

Tratamento:

Fit ap. Unid.

Hipótese Diagnóstica:

Carimbo e Assinatura:

10/09/2019  
Tecm 10511



MINISTÉRIO DA AGRICULTURA E REFORMA AGRÁRIA  
INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA — INCRA  
SISTEMA NACIONAL DE CADASTRO RURAL — SNCR

COMPROVANTE DE ENTREGA DE DECLARAÇÃO PARA CADASTRO DE IMÓVEL RURAL — CE

DI — Nº VOLUME

02 — NOME DO DECLARANTE

JOSÉ MATEUS DA SILVA SOBRINHO

03 — NOME DO IMÓVEL

Sítio VAZIA GRANDE

04 — CÓDIGO DO IMÓVEL

2,2,4,03,0,0,23,9,4,9,6

05 — MUNICÍPIO DE LOCALIZAÇÃO DO IMÓVEL

CAICÓ/RN

06 — UF

07 — DOCUMENTOS ANEXOS

PE

FC

Quantidade

Planta e/ou Memo-

rial Descritivo

Quantidade

08 — DATA

16/06/98

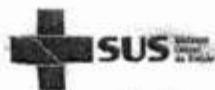
09 — ASSINATURA

José Mateus da Silva Sobrinho

10 — CARIMBO DO REPRESENTANTE DO INCRA

MINISTÉRIO DA AGRICULTURA  
INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA  
SISTEMA NACIONAL DE CADASTRO RURAL — SNCR

224 037 - 2 a 1  
16/06/98 *[Assinatura]*



63 dias.

## BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 30.

Data:	20/07/99	Hora:	09:30		
Nome:	Antônio Neto				
Nome Social:					
Nascimento:	08.04.95	Sexo:	M		
Escolaridade:	Ens. médio				
Mãe:	Flávia apareceu Bocaina de Sua				
Endereço:	Sítio Vaca Grande				
Bairro:		Município:	Colembé		
Cartão SUS:	898004177496542	RG/CPF:	9.419.943.5054		
Raça/Cor:	Branca	Preta	<input checked="" type="checkbox"/> Parda	Amarela	Indígena

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

 VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

Situação/Queixa:

PA:	P脉:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
-----	-----	------	----	-------	-------	----------

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma

Carimbo e Assinatura:

## ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Em que o paciente é ferido.

Tratamento:

I - Sol. Rx braço

Fratura de ulna

Solicite mobilização  
data: 25/02/99

Dra. Juarez Campos  
Médica

CRM: 25213  
Carimbo e Assinatura:

Hipótese Diagnóstica:

Fratura de ulna



98858-2275  
98828-5625  
SUS  
23 de Agosto

## BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 37

Data:	28/07/19	Hora:	08:20		
Nome:	Antônio Motaes Lopes Neto				
Nome Social:	agricultor				
Nascimento:	08/09/05	Sexo:	M		
Escolaridade:	E m 2	Responsável:	O cunho		
Mãe:	Monica Sponsera Beira Lenta da Solteira				
Endereço:	Stre Vaca Grande	Município:	Coluna PR		
Bairro:	Fone: 01-8859-0866				
Cartão SUS:					
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO

AMARELO

VERDE

AZUL

Situação/Queixa:

+ - ✓ A +  
LUTAS I ~

PA:	P脉:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
-----	-----	------	----	-------	-------	----------

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:

Carimbo e Assinatura:

### ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

→ LUTAS I ~

Tratamento:

FAT AD UMT.

Hipótese Diagnóstica:

Carimbo e Assinatura:



MINISTÉRIO DA AGRICULTURA E REFORMA AGRÁRIA  
INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA – INCRA  
SISTEMA NACIONAL DE CADASTRO RURAL – SNCR  
COMPROVANTE DE ENTREGA DE DECLARAÇÃO PARA CADASTRO DE IMÓVEL RURAL – CE

01 – Nº VOLUME

02 – NOME DO DECLARANTE

JOSÉ MATEUS DA SILVA SOBRINHO

03 – NOME DO IMÓVEL

Sítio VAZIA GRANDE

05 – MUNICÍPIO DE LOCALIZAÇÃO DO IMÓVEL

CAICOBRI

06 – DATA

16/06/98

09 – ASSINATURA

José Mateus da Silva Sobrinho

04 – CÓDIGO DO IMÓVEL

2,2,4,03,0,0,23,9,4,916

06 – UF

07 – DOCUMENTOS ANEXOS

PE

FC

Quantidade

Planta e/ou Memo-  
rial Descritivo

Quantidade

10 – CARIMBO DO REPRESENTANTE DO INCRA





CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

**Dra. Andreia Diniz**  
ANESTELOGISTA  
CLÍNICA MÉDICA - TRATAMENTO DE DOR CRÔNICA

**Dra. Martha Arruda**  
GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA  
COLPOLOGIA - CETOLOGIA ONCOLÓGICA

**Dr. Antônio Melo**  
CLÍNICA MÉDICA - CARDIOLOGIA  
ECOCARDIOGRAFIA

**Dr. Carlos Kennedy**  
NEUROCRÍNEA - NEUROLOGIA

**Dr. Adelison Feitosa**  
MEDICINA ORTOPEDICA  
PARA O CONTROLE DE CORRIDA

**Dr. Jailson José**  
RHEUMATOLOGISTA

**Dr. Ebenone A. Silva**  
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
CIRURGIA DO JOELHO - USO MUSCULoesquelético

**Dra. Ana Carolina Sampaio**  
FONOaudiologia - Fisiologia da voz - Audiopatologia  
OTONEUROLOGIA - SAÚDE OCULAR

**Dra. Danielly Duarte**  
GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA  
USG - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA  
MEDICINA PÉTALA

#### ANTONIO MATEUS SOBRINHO

Paciente vítima de acidente com motocicleta, no dia 23/02/2019 no município de Serra Talhada- PE. Após o acidente foi atendida no HOSPAM, constatada fratura de ulna direita. Realizado tratamento conservador.

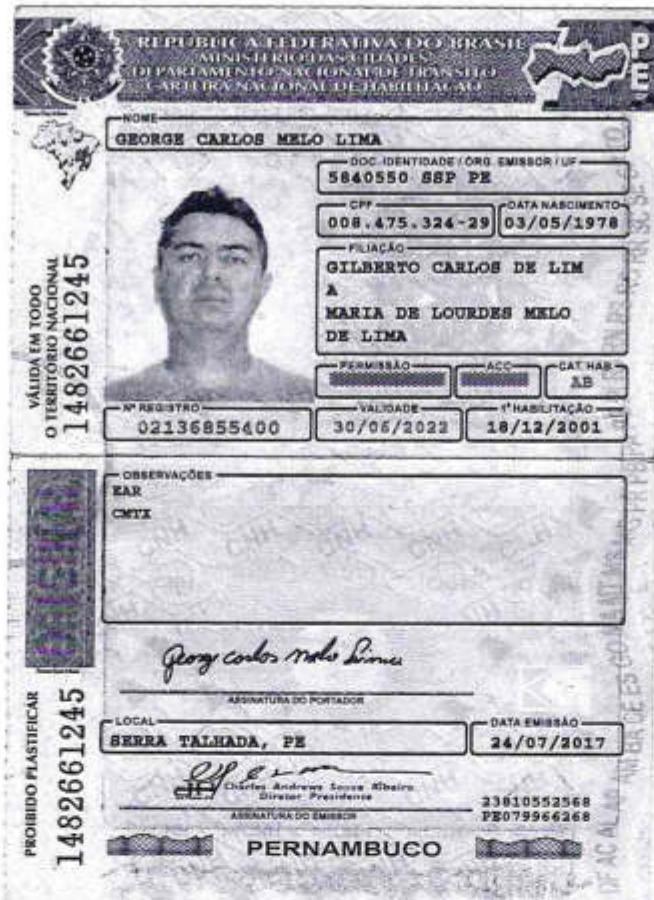
Após sua alta e passando pela avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje, sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, apresenta como sequela: dor e edema intermitente em punho direito, limitação da mobilidade do punho, como flexão e extensão do punho. Força reduzida em mão direita. Falta de sensibilidade em 3º e 4º quirodáctilo direito.

No momento apresentando déficit funcional em 50% e déficit laboral em 70% para suas funções trabalhistas como agricultor.

Serra Talhada, 01 de outubro de 2019.

Rua Joaquim Godoy, 393 - Centro - 56.912-450 - Serra Talhada - PE  
Fone: (87) 3831-8446 (87) 99916-0112 - e-mail: cem\_st@hotmail.com





04 SET 2019





04 SET 2019



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA [ ] COD. REINVENTA [ ] NATUREZA [ ]  
1 [ ] 2330002103 [ ] EXERCÍCIO [ ]  
[ ] 2019

JOSÉ MATEUS DA SILVA SOBRINHO

TRIUNFO - PE

CNPJ / CNPJ [ ] PLACA [ ]

592.166.549-93 [ ] NXU2006

PLACA ANTO [ ] CHASSIS [ ]

928C16102R052434

ESPECIE TIPO [ ] COMBUSTIVEL [ ]

MARCA / MODELO [ ] ALCO / GÁSOL [ ]

ANO FAB [ ] ANO MOD [ ]

HONDA / CG150 TITAN MIX K3 [ ] 2010 [ ] 2010

CAP / POT / CIL [ ] CATEGORIA [ ] COR PRINCIPAL/SECUND [ ]

2P / 149 CL [ ] PARTIC [ ] VERMELHA

IPVA 2019 VENC. COTA UNICA [ ] VENDA / DOAÇÃO [ ]

P FADA IPVA [ ] 1º PAGAMENTO / COTAS [ ]

V A [ ] 2º PAGAMENTO / COTAS [ ]

3º PAGAMENTO / COTAS [ ]

PRÉMIO TOTAL (R\$) [ ] DATA DE INSCRIÇÃO [ ]

00.11 SEGURO [ ] 0.32 [ ] 25/01/19

PRÉMIO TABELADO (R\$) [ ] OBSERVAÇÕES [ ]

0.15 [ ]

PRÉMIO (R\$) [ ] PAGAMENTO [ ]

0.32 [ ] PAGAMENTO [ ]

DATA DE QUITAÇÃO [ ]

25/01/19

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEHICULOS AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE QUANDO SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

PE Nº 013727878664 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSÉ MATEUS DA SILVA SOBRINHO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO [ ] DATA EMISSÃO [ ]  
0 [ ] 07/02/19

EXERCÍCIO [ ] DATA EMISSÃO [ ]  
2019 [ ] 07/02/19

EXERCÍCIO [ ] DATA EMISSÃO [ ]  
2019 [ ] 07/02/19

EXERCÍCIO [ ] DATA EMISSÃO [ ]  
2019 [ ] 07/02/19

EXERCÍCIO [ ] DATA EMISSÃO [ ]  
2019 [ ] 07/02/19

EXERCÍCIO [ ] DATA EMISSÃO [ ]  
2019 [ ] 07/02/19

EXERCÍCIO [ ] DATA EMISSÃO [ ]  
2019 [ ] 07/02/19

EXERCÍCIO [ ] DATA EMISSÃO [ ]  
2019 [ ] 07/02/19

EXERCÍCIO [ ] DATA EMISSÃO [ ]  
2019 [ ] 07/02/19

EXERCÍCIO [ ] DATA EMISSÃO [ ]  
2019 [ ] 07/02/19

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 08.348.890/0001-08

Roberto Carlos Moreira Pontes  
Diretor Presidente DETRAN/PE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190564774      **Cidade:** Calumbi  
**Vítima:** ANTONIO MATEUS SOBRINHO      **Data do acidente:** 23/02/2019  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA ISOLADA DA ULNA DIREITA.

**Descrição do exame físico:** DEFICIT DE MOBILIDADE /PRONO-SUPINAÇÃO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR COM APARELHO GESSADO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 11/10/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais DO PUNHO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## Procuração

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

### 1. Outorgante ANTONIO MATEUS SOBRINHO

portador(a) do documento de identidade n° 9419443 expedido por SSP PE  
em SITIO VARGAS inscrito no CPF sob o n° 175.476.317-32 residente na  
complemento CASA Bairro RURAL - Sítio cidade  
CALUMBI Estado PE Data da aceitação 16/08/2019  
DPVAT cobertura INVALIDE

### 2. Outorgado GEORGE CARLOS MELO LIMA

portador(a) do documento de identidade n° 5840550 expedido por SSP PE  
em ANTONIO TOME DE SOLZA inscrito no CPF sob o n° 009.475.324-29 residente na  
complemento CASA Bairro SÃO CRISTÓVÃO cidade  
SERRA TAIHADA Estado PE

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

Serra Taihada - PE 16 de 08 de 2019

Outorgante X. ANTONIO MATEUS SOBRINHO

Serventia Registral e Notarial  
de Calumbi/PE  
Fabricia da Silva Ferreira  
Escrivente Autorizada



Reconheço, por Autenticidade, a firma de: ANTONIO MATEUS SOBRINHO; que confere c/ o padrão reg. nesta serventia.  
Dou fô. Calumbi/PE, 16 de agosto de 2019. Emol.: 3,59,  
TSNR: R\$ 0,80, FERC: R\$ 0,40. Total: R\$ 4,79. Fabricia  
da Silva Ferreira, Escrivente Autorizada.

Sele: 0160242.IFE08201901.00025 16/08/2019 08:34:35  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)

## Procuração

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

### 1. Outorgante ANTONIO MATEUS SOBRINHO

portador(a) do documento de identidade nº 9414443 expedido por SSP PE  
em 04/07/1974 inscrito no CPF sob o nº 001.925.324-29 residente na  
complemento CASA Bairro DURVAL SITIO cidade MARAVILHA  
Estado PE Data do expediente 01/01/2019

DPVAT cobertura INVALIDO

### 2. Outorgado GEORGE CARLOS MELO LIMA

portador(a) do documento de identidade nº 5840550 expedido por SSP PE  
em 04/07/1974 inscrito no CPF sob o nº 001.925.324-29 residente na  
complemento CASA Bairro SÃO CRISTÓVÃO cidade SENRA FALHADA  
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 no Seguro Obrigatório - DPVAT, e  
especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULARIO DE AUTORIZACAO DE PAGAMENTO.

Senra Falhada - De 16 de 08 de 2019

Outorgante X ANTONIO MATEUS SOBRINHO

Senhora Registradora  
de Calumbi/PE  
Fabricia da Silva Ferreira  
Escrivente Autorizada

SECRETA RÉGISTRAL E NOTARIAL DE CALUMBI  
titular: TIAGO ALVES DOS SANTOS  
Telefone: (87) 38451-192



Reconheço, por Autenticidade, a firma de: ANTONIO MATEUS SOBRINHO; que conferi a/ o padrão reg. nesta serventia.  
Dou fé. Calumbi/PE, 16 de agosto de 2019. Encr.: 3,59,  
TENR: R\$ 0,80, PERC: R\$ 0,40. Total: R\$ 1,79. Fabricia  
da Silva Ferreira, Escrivente Autorizada.

Selo: 0160242.IFPE08201901.00025 16/08/2019 08:34:35  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/sealdigital](http://www.tjpe.jus.br/sealdigital)

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0306778/19

**Vítima:** ANTONIO MATEUS SOBRINHO

**CPF:** 115.478.384-77

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 23/02/2019

**Titular do CPF:** ANTONIO MATEUS SOBRINHO

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

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

### ANTONIO MATEUS SOBRINHO : 115.478.384-77

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](http://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: 04/09/2019  
Nome: ANTONIO MATEUS SOBRINHO  
CPF: 115.478.384-77

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2019  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

ANTONIO MATEUS SOBRINHO

MANOEL COELHO NETO

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0306778/19

Número do Sinistro: 3190516481

Vítima: ANTONIO MATEUS SOBRINHO

CPF: 115.478.384-77

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/02/2019

Titular do CPF: ANTONIO MATEUS SOBRINHO

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

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

## 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](http://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: 09/09/2019  
Nome: ANTONIO MATEUS SOBRINHO  
CPF: 115.478.384-77

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/09/2019  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

\_\_\_\_\_  
ANTONIO MATEUS SOBRINHO

\_\_\_\_\_  
MANOEL COELHO NETO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0342607/19

**Vítima:** ANTONIO MATEUS SOBRINHO

**CPF:** 115.478.384-77

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 23/02/2019

**Titular do CPF:** ANTONIO MATEUS SOBRINHO

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

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

### ANTONIO MATEUS SOBRINHO : 115.478.384-77

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/10/2019  
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA  
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2019  
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES  
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Setembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190516481**

**Vítima: ANTONIO MATEUS SOBRINHO**

**Data do Acidente: 23/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ANTONIO MATEUS SOBRINHO**

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

<b>Declaração do Proprietário do Veículo</b>	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.
--	--

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](http://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, 19 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190516481**

**Vítima: ANTONIO MATEUS SOBRINHO**

**Data do Acidente: 23/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), ANTONIO MATEUS SOBRINHO**

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

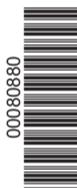
Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 23/02/2019, emitido pelo Dr. JULIANA PAULA CAMPOS CRM nº 25213 - PE, da Instituição HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 04 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190564774**

**Vítima: ANTONIO MATEUS SOBRINHO**

**Data do Acidente: 23/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ANTONIO MATEUS SOBRINHO**

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 09 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190564774**

**Vítima: ANTONIO MATEUS SOBRINHO**

**Data do Acidente: 23/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ANTONIO MATEUS SOBRINHO**

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

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

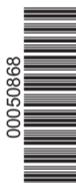
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Setembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190516481**

**Vítima: ANTONIO MATEUS SOBRINHO**

**Data do Acidente: 23/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ANTONIO MATEUS SOBRINHO**

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 27 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190564774**      **Vítima: ANTONIO MATEUS SOBRINHO**

**Data do Acidente: 23/02/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANTONIO MATEUS SOBRINHO**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

**Recebedor: ANTONIO MATEUS SOBRINHO**

**Valor: R\$ 843,75**

**Banco: 104**

**Agência: 814**

**Conta: 000986212771-1**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**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: 3190564774  
Nome do(a) Examinado(a): Antonio Mateus Sobrinho  
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Varzea Grande, S/N  
Zona Rural Calumbi PE CEP: 56930-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 9419443  
Data local do acidente: [ 23/02/2019 ]  
Data local do exame: [ 11/10/2019 ] Serra Talhada [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA ISOLADA DA ULNA DIREITA**

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

**Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM APARELHO GESSADO**  
**Complicações: ALTERAÇÃO DE PRONO=SUPINAÇÃO**

**Data da Alta: 01/10/2019**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**DEFÍCIT DE MOBILIDADE**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim       Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim       Não

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

**DEFÍCIT DE MOBILIDADE /PRONO-SUPINAÇÃO**

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 o 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**PUNHO - Lado Direito**

% 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

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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Ebenone Antonio da Silva  
CPF - 882.723.544-20  
CRM/PE - 15122

  
Dr. Ebenone Antonio da Silva  
CRM:15122  
TEOT:10541  
ORTOPEDISTA/TRAUMATOLOGISTA



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Seguradora Líder Administradora do Seguro DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

115.478.384-77 ANTONIO MATEUS SOBRINHO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL)- CIRCULAR SUSER-Nº 449/2012

5 - Nome completo: <b>ANTONIO MATEUS SOBRINHO</b>	6 - CPF: <b>115.478.384-77</b>
7 - Profissão: <b>AGRICULTOR</b>	8 - Endereço: <b>S. VARZEA GRANDE</b>
9 - Número: <b>609</b>	10 - Complemento: <b>CASA</b>
11 - Bairro: <b>MORAL Sítio</b>	12 - Cidade: <b>CALUMBI</b>
13 - Estado: <b>PE</b>	14 - CEP: <b>56.930.000</b>
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): <b>3299948-1427</b>

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

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - Profissão do Representante Legal:

19 - CPF 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  
 SEM RENDA

R\$1.000,00 a R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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: **914**

CONTA: **916.20.971**

(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, o consentimento após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob a pena de perda do direito ao seguro, que não tenho lesões permanentes que impeçam a realização das atividades diárias.

Não há IMC que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IMC que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IMC que atende à 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 da cia/estação de Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 30, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

MORTE

23 - Estado:  Distrito Federal  Outro: \_\_\_\_\_

24 - Local e Data: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a Vítima:  Filho(a)  Irmão(a)  Neto(a)  Neta(a)  Sobrinho(a)  Sobrina(a)  Cunhado(a)  Cunhada(a)  Parente de 1º grau

26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não  Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não  Se tinha filhos, informar Vivos:  Palecidos:

29 - Vítima deixou nascituro(nascer):  Sim  Não  Se tinha nascituro(nascer), informar Vivos:  Palecidos:

30 - Vítima deixou irmãos?  Sim  Não  Se tinha irmãos, informar Vivos:  Palecidos:

31 - Vítima deixou pais?  Sim  Não  Se tinha pais, informar Vivos:  Palecidos:

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Palecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, 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 resarcir o valor recebido, além da

responsabilidade criminal por infração do artigo 289 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **CALUMBI PE 26/08/2019**

**ANTONIO MATEUS SOBRINHO**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**George colo mello bento**

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

04 SET 2019

TESTEMUNHAS



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA ESUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

115.478.384-77 ANTONIO MATEUS SOBRINHO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUER/NR 445/2012

5 - Nome completo:

ANTONIO MATEUS SOBRINHO

6 - CPF:

115.478.384-77

7 - Profissão:

Mecanicutor

8 - Endereço:

S. VARZEA GRANDE

9 - Número:

609

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

NORAL S.º Tº

12 - Cidade:

CALUMBI

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.930.000

15 - Email:

15 - Tel.(DDD):

32.99998-1477

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:

19 - Profissão 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 comprovação anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECLUSO INFORMAR  
 SEM RENDA R\$1.000 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO PAIS/CURADOR/TELEFONE CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Atualize uma opção) Bradesco (237)  Itaú (541)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 914

CONTA: 986.212.771

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

 CONTA-CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

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 sempre após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAÚDO DO IMC - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- Não há IMC que atende a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IMC que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro-DPVAT; ou  
 O IMC 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 de 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. 5º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou rendição ao direito de contestá-la, caso dispare de seu conhecimento.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

NÃO ALFAFETIZADO

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:  Palecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (bebê morto)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avôs vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPR.001 V002/2019

40 - Local e Data,

CALUMBI/PE 26/08/2019  
ANTONIO MATEUS SOBRINHO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

George Carlos Melo Lame

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

04 SET 2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ª CIRC  
DINTER2/21ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0267003171

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/08/2019** às **12:45**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 23/2/2019 às 08:15

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRÂNSITO PARA EFEITO DE SEGURO**  
Fato ocorrido no endereço: **RUA JOCA MAGALHÃES, 1 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **POSTO DE COMBUSTÍVEL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA ( AUTOR \ AGENTE )  
JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO ( OUTRO )  
CLEIDIANO ( TESTEMUNHA )  
ANTONIO MATEUS SOBRINHO ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): CLEIDIANO

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

**ANTONIO MATEUS SOBRINHO** (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA APARECIDA  
BÔAVENTURA DA SILVA Pai: JOSÉ MATEUS DA SILVA SOBRINHO Data de Nascimento: 8/4/1995 Naturalidade:  
**SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: 9419443/SDS/PE (RG) Estado Civil: AMASIADO(A)  
Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: AGRICULTOR(A)  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, SITIO VARZEA GRANDE Nº 829 / ZONA RURAL -**  
**CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

NÃO SE API CICA - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

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

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

04 SET 2019

**VEÍCULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO**, que estava em posse

do(a) Sr(a): **CLEIDIANO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN MIX** Objeto apreendido: **Não**

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

Placa: **NXU2008** (PERNAMBUCO/TRIUNFO) Renavam: **233083189** Chassi: **9C2KC1610AR053434**

Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**

### Complemento / Observação

**COMPARECEU A ESTA DEPOL A PESSOA DE, ANTONIO MATEUS SOBRINHO, PARA COMUNICAR UM ACIDENTE DO QUAL O MESMO FORA VÍTIMA. RELATA O SEGUINTE FATO: QUE O MESMO IA DE CARONA NA MOTOCICLETA HONDA DESCrita NESTE REGISTRO E QUE NA OCASIÃO ERA CONDUZIDA PELA PESSOA CONHECIDA POR "CLEIDIANO", ESTE FAZENDO O PERCURSO ESTAÇÃO / IGREJA MATRIZ PELA RUA JOCA MAGALHÃES E QUANDO A MOTOCICLETA SE ENCONTRAVA PRÓXIMO AO POSTO DE COMBUSTÍVEL DE PAULO, A MOTOCICLETA DERRAPOU E COM ISSO O SEU CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DA MESMA E VIERAM A CAIR NA VIA. QUE, COM O TOMBO, ELE SOFREU ALGUMAS ESCORIAÇÕES E LESÕES, PORÉM O CONDUTOR SOFREU APENAS ESCORIAÇÕES LEVES. QUE, O PRÓPRIO CONDUTOR DA MOTOCICLETA, CLEIDIANO, FEZ O SOCORRO DELE PARA O HOSPAM ONDE ELE FORA ATENDIDO PELA MÉDICA PLANTONISTA, DR. JULIANA PAULA CAMPOS, CONFORME CÓPIA DO BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA Nº 30 APRESENTADA PELO INTERESSADO AQUI PRESENTE. QUE, A CITADA MÉDICA SOLICITOU QUE A VÍTIMA RETORNASSE AO HOSPAM NA SEGUNDA-FEIRA PARA UM MELHOR ATENDIMENTO, JÁ QUE NAQUELE PRIMEIRO ATENDIMENTO NÃO HAVIA MÉDICO ORTOPEDISTA DE PLANTÃO. QUE, NA SEGUNDA-FEIRA ( DIA 25/02 ), ELE NOVAMENTE RETORNOU AO HOSPAM ONDE FORA ATENDIDO PELO MÉDICO EBENONE BAIÃO, CONFORME CÓPIA DE BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA Nº 37 APRESENTADA PELO INTERESSADO AQUI PRESENTE, SENDO CONSTATADA UMA FRATURA NO BRAÇO DIREITO DA VÍTIMA. NADA MAIS, ENCERRO.**

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

**ANTONIO MATEUS SOBRINHO  
(VITIMA)**

*- ANTONIO MATEUS SOBRINHO*

B.O. registrado por: **IVANILDO SALVADOR DE MELO** - Matrícula: **2209411**



04 SET 2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ª CIRC  
DINTER2/21 DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267003171**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/08/2019** às **12:45**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **23/2/2019** às **08:15**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRÂNSITO PARA EFEITO DE SEGURO**

Fato ocorrido no endereço: **RUA JOCA MAGALHAES, 1** - Bairro: **CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **POSTO DE COMBUSTÍVEL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA ( AUTOR \ AGENTE )  
JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO ( OUTRO )  
CLEIDIANO ( TESTEMUNHA )  
ANTONIO MATEUS SOBRINHO ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): CLEIDIANO

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

**ANTONIO MATEUS SOBRINHO** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA APARECIDA BÓAVVENTURA DA SILVA** Pai: **JOSÉ MATEUS DA SILVA SOBRINHO** Data de Nascimento: **8/4/1995** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9419443/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, SITIO VARZEA GRANDE N° 829 / ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

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

**04 SET 2019**

**VEÍCULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO**, que estava em posse

do(a) Sr(a): **CLEIDIANO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN MIX** Objeto apreendido: **Não**

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

Placa: **NXU2008** (PERNAMBUCO/TRIUNFO) Renavam: **233083189** Chassi: **9C2KC1610AR053434**

Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**

### Complemento / Observação

**COMPARECEU A ESTA DEPOL A PESSOA DE, ANTONIO MATEUS SOBRINHO, PARA COMUNICAR UM ACIDENTE DO QUAL O MESMO FORA VÍTIMA. RELATA O SEGUINTE FATO: QUE O MESMO IA DE CARONA NA MOTOCICLETA HONDA DESCrita NESTE REGISTRO E QUE NA OCASIÃO ERA CONDUZIDA PELA PESSOA CONHECIDA POR "CLEIDIANO", ESTE FAZENDO O PERCURSO ESTAÇÃO / IGREJA MATRIZ PELA RUA JOCA MAGALHÃES E QUANDO A MOTOCICLETA SE ENCONTRAVA PRÓXIMO AO POSTO DE COMBUSTÍVEL DE PAULO, A MOTOCICLETA DERRAPOU E COM ISSO O SEU CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DA MESMA E VIERAM A CAIR NA VIA. QUE, COM O TOMBO, ELE SOFREU ALGUMAS ESCORIAÇÕES E LESÕES, PORÉM O CONDUTOR SOFREU APENAS ESCORIAÇÕES LEVES. QUE, O PRÓPRIO CONDUTOR DA MOTOCICLETA, CLEIDIANO, FEZ O SOCORRO DELE PARA O HOSPAM ONDE ELE FORA ATENDIDO PELA MÉDICA PLANTONISTA, DR. JULIANA PAULA CAMPOS, CONFORME CÓPIA DO BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA Nº 30 APRESENTADA PELO INTERESSADO AQUI PRESENTE. QUE, A CITADA MÉDICA SOLICITOU QUE A VÍTIMA RETORNASSE AO HOSPAM NA SEGUNDA-FEIRA PARA UM MELHOR ATENDIMENTO, JÁ QUE NAQUELE PRIMEIRO ATENDIMENTO NÃO HAVIA MÉDICO ORTOPEDISTA DE PLANTÃO. QUE, NA SEGUNDA-FEIRA ( DIA 25/02 ), ELE NOVAMENTE RETORNOU AO HOSPAM ONDE FORA ATENDIDO PELO MÉDICO EBENONE BAIÃO, CONFORME CÓPIA DE BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA Nº 37 APRESENTADA PELO INTERESSADO AQUI PRESENTE, SENDO CONSTATADA UMA FRATURA NO BRAÇO DIREITO DA VÍTIMA. NADA MAIS, ENCERRO.**

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

**ANTONIO MATEUS SOBRINHO  
(VITIMA)**

*- ANTONIO MATEUS SOBRINHO*

B.O. registrado por: **IVANILDO SALVADOR DE MELO** - Matrícula: **2209411**



04 SET 2019



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Seguradora LÍDER Administradora de Seguro DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

115.478.384-77 ANTONIO MATEUS SOBRINHO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL)- CIRCULAR SUSER-Nº 449/2012

5 - Nome completo: <b>ANTONIO MATEUS SOBRINHO</b>	6 - CPF: <b>115.478.384-77</b>
7 - Profissão: <b>AGRICULTOR</b>	8 - Endereço: <b>S. VARZEA GRANDE</b>
9 - Número: <b>609</b>	10 - Complemento: <b>CASA</b>
11 - Bairro: <b>MORAL Sítio</b>	12 - Cidade: <b>CALUMBI</b>
13 - Estado: <b>PE</b>	14 - CEP: <b>56.930.000</b>
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): <b>3299948-1427</b>

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

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - Profissão do Representante Legal:

19 - CPF 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  
 SEM RENDA

R\$1.000,00 a R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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: **914**

CONTA: **916.20.971**

(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, o consentimento após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob a pena de perda do direito ao seguro, que não tenho lesões permanentes que impeçam a realização das atividades diárias.

Não há IMC que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IMC que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IMC que atende à 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 da cia/estação de Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 30, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

MORTE

23 - Estado:  Distrito Federal  Outro: \_\_\_\_\_

24 - Local e Data: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a Vítima:  Filho(a)  Irmão(a)  Neto(a)  Neta(a)  Sobrinho(a)  Sobrina(a)  Cunhado(a)  Cunhada(a)  Parente de 1º grau

26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não  Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não  Se tinha filhos, informar Vivos:  Palecidos:

29 - Vítima deixou nascituro(nascer):  Sim  Não  Se tinha nascituro(nascer), informar Vivos:  Palecidos:

30 - Vítima deixou irmãos?  Sim  Não  Se tinha irmãos, informar Vivos:  Palecidos:

31 - Vítima deixou pais?  Sim  Não  Se tinha pais, informar Vivos:  Palecidos:

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Palecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, 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 resarcir o valor recebido, além da

responsabilidade criminal por infração do artigo 289 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

*Calumbi PE 26/08/2019*

*Antonio Mateus Sobrinho*

*George Colos Melo Leme*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

04 SET 2019

TESTEMUNHAS



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA ESUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

115.478.384-77 ANTONIO MATEUS SOBRINHO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUER/NR 445/2012

5 - Nome completo:

ANTONIO MATEUS SOBRINHO

6 - CPF:

115.478.384-77

7 - Profissão:

Mecanicutor

8 - Endereço:

S. VARZEA GRANDE

9 - Número:

609

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

NORAL S.º Tº

12 - Cidade:

CALUMBI

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.930.000

15 - Email:

15 - Tel.(DDD):

32.99998-1477

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:

19 - Profissão 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 comprovação anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECLUSO INFORMAR  
 SEM RENDA R\$1.000 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO/PAIS/CURADOR/OUTROS CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Atualize uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (541)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104) CONTA-CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 914

(Inserir o dígito de exibição)

CONTA: 986.212.771 1

(Inserir o dígito de exibição)

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 sempre após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAÚDO DO IMC - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- Não há IMC que atende a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IMC que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IMC 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 de 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. 5º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou rendição ao direito de contestá-la, caso dispare de seu conhecimento.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			
28 - Vítima teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Palecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (bebê morto)?	31 - Vítima teve irmãos?	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avôs vivos?
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido	37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido	38 - 1º   Nome: CPF: Assinatura da testemunha
				39 - 2º   Nome: CPF: Assinatura da testemunha
				40 - Local e Data: CALUMBI, PE 26/08/2019 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
				41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
				42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
				43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPR.001 V002/2019

04 SET 2019

9.8828-5625



**HOSPAM**  
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR  
AGAMENON MAGALHÃES



13048.

## BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 30.

Data:	23/01/19	Hora:	09:36			
Nome:	Antônio Mota Salomão					
Nome Social:	Cleuver					
Nascimento:	08/04/95	Sexo:	M			
Escolaridade:	Ensino Fundamental					
Mãe:	Maria da Conceição Boa Ventura de Souza					
Endereço:	Sítio Vargem Grande					
Bairro:	Colenauí					
Cartão SUS:	898054177046592			RG/CPF:	9.619.443.50574	
Raça/Cor:	Branca	Preta	<input checked="" type="checkbox"/> Parda	Amarela	Indígena	

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**  VERMELHO  AMARELO  VERDE  AZUL

Situação/Quelxa:

PA:	P脉:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
-----	-----	------	----	-------	-------	----------

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:	Carimbo e Assinatura:
-------------	-----------------------

### ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Em que o const m- + 3mm.

Tratamento:

I - Sol. R+ braço

Fratura de ulna

Solicite mobilização  
Internar dia 25/02/19

Dra. Juliana Campos  
Médica  
CRM-PE 26913

Hipótese Diagnóstica:

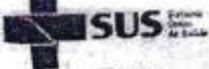
FRACURA

Carimbo e Assinatura:



**HOSPAM**  
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR  
AGAMENON MAGALHÃES

98858-2275  
98828-5625



23 dey.

## BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 37

Data:	29/04/19	Hora:	09:20		
Nome:	Antônio Motaus Polonez	Profissão:	agricultor		
Nome Social:		Estado Civil:	SOLTEIRO		
Nascimento:	08/04/05	Sexo:	M		
Escolaridade:	EAD	Responsável:	O Júlio		
Mãe:	Maria Francisca Beira-Centura da Silveira				
Endereço:	Av. Vaz Lobo, Granja	Município:	Pedreiras		
Bairro:		Fone:	9.8859.0866		
Cartão SUS:		RG/CPF:			
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO

AMARELO

VERDE

AZUL

Situação/Queixa:

+ — ↗ Ateus ↑  
Laringe

PA:	P脉:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
-----	-----	------	----	-------	-------	----------

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:

Carimbo e Assinatura:

### ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

→ Laringe cossido

\_\_\_\_\_

Tratamento:

Fit ap. Unid.

Hipótese Diagnóstica:

Carimbo e Assinatura:

10/09/2019  
Tecm 10511



MINISTÉRIO DA AGRICULTURA E REFORMA AGRÁRIA  
INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA – INCRA  
SISTEMA NACIONAL DE CADASTRO RURAL – SNCR

01 - N° VOLUME

**02 - NOME DO DECLARANTE**

JOSÉ MATEUS DA SILVA SOBRINHO

II 03 - NOME DO IMÓVEL

## SITUAZIA GRANDE

I-05 - MUNICÍPIO DE LOCALIZAÇÃO DO IMÓVEL

EALOMBY

**04 - CÓDIGO DO IMÓVEL**

2,2,4,0,3,0,0,2,3,9,4,9|6|

05 -

1

**ENTUS ANEUS**

10

**Planta e/ou Material Descritivo**

#### **Quantidade**

1

#### ON - DATA

1606193

109 - ASSINATURA

Lysio Matheus da Silva Sobrinho

- ESTE COMPROVANTE NÃO FAZ PROVA DA SITUAÇÃO CADASTRAL DO IMÓVEL, NÃO SENDO VÁLIDO, PORTANTO, PARA QUALQUER ATO OU TRANSMISSÃO DA PROPRIEDADE, NÃO SUBSTITUINDO O CERTIFICADO DE CADASTRO.

- DEVE SER CARIMBADO, DATADO E ASSINADO POR REPRESENTANTE DO INCRA.

10 - CARIMBO DO REPRESENTANTE DO INCRA,

MINISTERIO DE ASUNTOS

**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS Y  
SISTEMA INFORMATICO**

884 983 103

16/06/98 mpm  
Date

Imprensa Nacional

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO MATEUS SOBRINHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00814

CONTA: 000986212771-1

---

Nr. da Autenticação 05A89900FA62DC63



**NOTA FISCAL** - **FATURA** - **CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

DADOS DO CLIENTE  
ANTONIO MATIAS SOUTO

-GPF 115478 234-77185 2004/10/27 11

ENODA DA UNDAGE の新規取扱い

-GPF 115478 234-77185 2004/10/27 11

**CALLUM FURAL  
CALLUM FURAL  
CALLUM FURAL**

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
BAIXA PENDA CRIMINAL

7024985266 07/2019

NAME	ADDRESS	PHONE
John Doe	123 Main St	555-1234
Jane Doe	456 Elm St	555-2345

7024985266 07/2019  
24/07/2019 16/08/2019  
TOTAL & PISCA 200 7,19

DESCRIPCION DE NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	TOTAL R\$
Coronado 400g 100% C/	100	1,20	120
Coronado 400g 100% C/	100	1,20	120
ADMICRO Biscoito AMARELA			0,01
Bala de Tapioca 100g 100% C/	100	0,28	28

**RESCUING FAIRNESS**

CHARGEABLE	PROD. (m)	VOLUME (m)
Conselho de BOMBEIROS	1.000,00	1,75
Conselho de Desenvolvimento Sustentável	6.700,00	1,54
Adm. das Águas AMARALIA		0,37
BONIFÁCIO - set 21/09/Lei 10.428/2002		-0,28

#### REFERENCES

DEMOGRÁFICO DE CONSUMO DE ESTA RODÍA FISCAL

IMPRESO EN LA IMPRESORA DE LOS ESTADOS UNIDOS

新編藏書目錄

DURADA E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEIS DE TENSÃO		
ESTRUTURA	VALOR MÉDIO	LIMITE MÍNIMO	LIMITE MÁXIMO	LIMITE ATUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE SITUAÇÃO 00 MÍNIMO	LIMITE DE SITUAÇÃO 00 MÁXIMO
DC	0,00	10,75	21,48	44,30	220	202	241
PF	0,00	7,87	15,74	10,59			
SMC	0,00	6,75	40,00	10,00			



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
 Companhia Energética de Pernambuco  
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902  
 CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

## DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES MELO LIMA

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ANTONIO TOME DE SOUZA 573

CPF: 266.442.044-91

ALTO DA CONCEICAO/SERRA TALHADA,  
SERRA TALHADA PE  
56903-220

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	LEITURA
073102422	ÚLT. 2019	13/08/2019
APENAS A FOLHA	Nº DE LEITURA	Nº DA ULTIMA LEITURA
13/08/2018	2000530115	3680341

CONTABILIZADO	MESMO
1130133025	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DA PRÓXIMA LIQUIDAÇÃO
21/08/2019	11/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	163,84

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	171,000000	0,77545172	132,80
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,18
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,79
Contrib. Ilum Pública Municipal			9,12
ICMS Subvenção-CODE-ANP 085383255-11/08/19			1,15
Doação APAE - 0800 722 3723			15,00

TOTAL DA FATURA

163,84

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
180784	CAT	11/08/2018	6.250,00	13/08/2019	5.421,00	33	1.0000		171,00

## HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/ano kWh	
AGO18 171	
SET18 198	
JUN18 170	
MAR18 209	
ABR18 193	
MAR19 226	
FEV18 246	
JUN18 218	
DEZ18 232	
NOV18 242	
JUL18 248	
SET18 192	
AGO18 183	

## DESCRIÇÃO DE INSCRIÇÕES

PERÍODO DE CONSUMO	TIPO DE INSCRIÇÃO	PERÍODO DE COMPRA
Mês/ano kWh	BASE DE CALCULO	%
AGO18 171	ICMS	28,00
JUN18 170	PIS	0,74
MAR18 209	COFINS	3,43
		4,73

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Consumo Ativo (Wh)

TARIFAS APLICADAS

163,84

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Peço ao portal para que informe preços. Informações gerais da energia: 717 milhas e de serviços. Descrição de informe: meu consumo gerais de energia nas suas tarifas e de preços. Esta consulta em www.celpe.com.br, com data de 08/09/2019 e hora de 10:43:00. O valor é de R\$ 163,84. Mais informações em [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br), conforme Decreto Estadual nº 14.000, de 2019/07/23. O cliente é responsável pelo seu consumo individual ou do nível de fornecimento. Peço, em afreço para o endereço (RUA ANTONIO TOME DE SOUZA, 573, ALTO DA CONCEICAO, SERRA TALHADA, PE, 56903-220), Juris 198, nro. 10, 43500-000) e estabilidade monetária no preço. Não! O cliente é responsável quanto ao desempenho do prazo de execução e atendimento das demandas comerciais. O consumidor pode cancelar a cobrança da tarifa no futuro e quando quiser. Aut. PIS/08/08/07.

As condições para o fornecimento (Resolução nº 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e critérios de cobranças estabelecidos pelo órgão regulador, disponíveis no site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br).

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				VALORES DE TENSÃO		
CONSUMO	VALOR MÍNIMO	LIMITE MENSAL	LIMITES TRIMESTRAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	MÍNIMO / MÁXIMO
DIC	0,00	3,43	10,88	220	-202	231
FIC	0,00	3,30	8,60			
BVIC	0,00	3,11	0,00			

União (DGR): 12,21 - EU20 - Valor em Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 51,03

AUTORIZADO PELA SECRETARIA DE ESTADO DE PERNAMBUCO

04 SET 2019



Tarifa Social de Energia Elétrica: Ofício para Lei 10.438, de 26/04/2002

NOTA FISCAL → FATURA → CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

**Companhia Energética de Pernambuco**  
Av. João de Barros, 171 - Bixiga - Recife - PE CEP 50040-002  
CNPJ 10.825.832/0001-58 | Inscrição Estadual: 00000000-00 | [www.cepe.com.br](http://www.cepe.com.br)

DADOS DO CUSTO

ANTONIO MATEUS S. VASCONCELOS

REF ID: A78-284-77185 20041007

ESTRÉIA DA UNIDADE CONSUMIDORA

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL

BRANDA FRENDA COM 100

DATA INTEGRATION | MARCH 2014

CONTA CONTRATO  
7024985266 MÊS/ANO  
07/2019  
DATA DE VENCIMENTO  
**24/07/2019** DATA DE PAGAMENTO  
**16/08/2019**  
TOTAL A PAGAR R\$  
**7,11**

Consumo Acre de 35 kWh  
Consumo Acre supera a 30 até 100 kWh  
AcreSustentável  
Educa (Tudo) - www.tudo.com.br/10.236/2002

• 100 •

www.koreanair.com

ANALISE E PESQUISAS DAS INTERROGAÇÕES					ANEXOS DE TRABALHO		
	VOLUME INTERROGADO	LIMITE MÍNIMO	LIMITE MÁXIMO	LIMITE MÉDIO	TENSÃO MATERIAL (V)	LIMITES DE VARIAÇÃO (%)	VALORES MÍNIMOS (%)
1	0,00	16,7	21,49	19,03	220	202	231
2	0,00	1,67	15,34	8,66			
3	0,00	1,76	6,00	2,00			
Total C.R.H.	19,00	EUSTON - Válvula de Entraçado Unida à Sustentação do C.R.H. - Nro. 19-2.007					



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
**NOTA FISCAL** - **FATURA** - **CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
 Companhia Energética do Pernambuco  
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50080-902  
 CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
 MARIA DE LOURDES MELO LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
 RUA ANTONIO TOME DE SOUZA 573

CPF: 286.442 044-91

ALTO DA CONCEICAO/SERRA TALHADA  
 SERRA TALHADA PE  
 56903-220

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL

TIPO DE CONSUMO	DATA	LEITURA
073103422	UNICA	13/09/2018
DATA INÍCIO	Nº DA LEITURA	Nº DA LEITURA
13/08/2018	2000630115	3660341

DATA CONTA	MES/ANO
1130133025	08/2019
21/08/2018	11/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	163,84

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	171.0000000	0,77545172	132,80
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,18
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,79
Corret. Itum Pública Municipal			9,12
ICMS Subvenção-CDE-NF 085393255-11/08/19			1,15
Doação APAE - 0800 722 2723			15,00

TOTAL DA FATURA

163,84

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
180784	CAT	11/07/2018	8.260,00	13/08/2018	8.431,00	33	1.00000		171,00

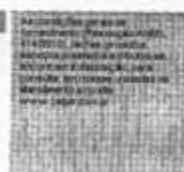
PERÍODO DE CONSUMO	TIPO DE CONSUMO	PERÍODOS DE REFERÊNCIA	TIPO DE CONSUMO	PERÍODOS DE REFERÊNCIA
Maio/18			Gerador de Energia	R\$ 48,08 34,88%
AGO/18	171		Transmissão	R\$ 4,82 3,48%
JUL/18	168	ICMS	Operações (Celpe)	R\$ 29,23 21,89%
JUN/18	170	PIS	Perdas de Energia	R\$ 9,21 6,85%
MAR/18	206	COFINS	Reserva-Esteriliza	R\$ 1,06 0,76%
ABR/18	192		Tributos	R\$ 45,20 32,87%
MAR/19	238		Total	R\$ 138,87 100%
FEV/18	240			
JAN/18	218			
DEZ/18	232			
NOV/18	242			
OUT/18	248			
SET/18	182			
AGO/18	162			

Consumo Ativo(kWh) 0,34833000

E4A3 94E8 2BC2 4B87 185D 15AC E0B0 7E6C

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Peço no quanto mais certo de você fornecer o endereço PTF. Possuo a sua permissão para gravar vídeos informe.  
 Informo que sou usuário de serviços de gás e gás natural. Sou consumidor em regime de "tarifa social de fatura a demanda" em vigor à Venebras. Mais informações em vossa assessoria. Comunicação direta com a Celpe é feita através do número 0800 722 2723. O cliente é responsável quando houver variação no consumo de instalação ou no nível de fornecimento de fornecimento. Pagos em atraso geram multa 2% (dois e meia por cento), Artigo 1156, Inciso 10, da Lei 10.436/02 e atualização da mora conforme o artigo 1º, inciso II, do Decreto 1º complementar quando não desembolsado o preço definido para os serviços de abastecimento comercial. O consumidor pode cancelar o contrato de serviço de fornecimento a qualquer tempo - Art. 7º, Parágrafo 3º.



DURADOURA E INDEFINIDA (NÚMERO DE CONSUMO)			
DISCIPLINA	VALOR MÍNIMO	LIMITE MÍNIMO	LIMITE TRIMESTRAL
DIC	0,00	6,43	12,86
FIG	0,00	3,26	6,52
DINC	0,00	3,11	6,22

Límite DCR 12,22 EUD - Valor de Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 51,02

TENSAO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	-20%	+21%

Autenticação digitalizada  
 Celpe - Companhia Energética do Pernambuco

04 SET 2019



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 4020-1595 / 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<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.475.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ANTONIO MATEUS SOBRINHO Inscrito (a) no CPF sob o N° 115.478.384 / 77  
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ANTONIO MATEUS SOBRINHO

Inscrito (a) no CPF sob o N° 115.478.384 / 77 conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: RECUSO INFORMAR Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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>ANTONIO TOME DE SOUZA</u>	Número:	<u>573</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>SAO CRISTOFORO</u>	Cidade:	<u>SERRA FALHADA</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:				CEP:	<u>56.903-220</u>

Tel.(DDD):  
87-9.9998-5477

Local e Data: SERRA FALHADA - PE 28/08/2019

Assinatura do Declarante



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.475.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Antônio Mateus Sobrinho Inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.478.384 / 77

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Antônio Mateus Sobrinho

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.478.384 / 77, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO INFORMAR Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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>ANTÔNIO TÔMÉ DE SOUZA</u>	Número:	<u>573</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade:	<u>SERRA TALHADA</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:				CEP:	<u>56.903-220</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 28/08/2019

George Carlos milo Lima  
Assinatura do Declarante