



Número: **0023148-42.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55580 059	16/12/2019 13:03	<u>2597997_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01</u>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 34ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00231484220198172001

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.º, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada pericia a qual apurou lesão em estruturas crânio-faciais em grau residual (10%), efetuando o pagamento no valor de R\$1.350,00:

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:03:57
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613035701100000054681695>
Número do documento: 19121613035701100000054681695

Num. 55580059 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190073337 Cidade: Cachoeirinha Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA Data do acidente: 28/09/2018 Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.

FRATURA EM TERÇO MÉDIO DA FACE (COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO + BLOW OUT À ESQUERDA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FACE:REDUÇÃO E PLACAS); DEMAIS CONSERVADOR. ALTA.

Sequelas permanentes: LESÃO EM ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crâno-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
	Total		10 %	R\$ 1.350,00

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

06/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

1.350,00

VALOR TOTAL:

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06991-4

CONTA: 000000002832-0

Nr. Autenticação
 BRADESCO06022019050000000002370699100000002832135000 PAGO

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
 www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:03:57
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613035701100000054681695>
 Número do documento: 19121613035701100000054681695

Num. 55580059 - Pág. 2

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando as mesmas lesões antes detectadas pela ré em sede administrativa, todavia, agora com repercussão maior.

Ressalta-se a discrepância entre as avaliações médicas. Administrativamente, foi apurada a presença de lesão em estruturas crânio-faciais em grau residual (10%) e no presente laudo judicial a lesão foi apurada com repercussão leve (25%).

Desta forma não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a ré. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Outrossim, na hipótese de condenação, salienta a ré que o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.350,00 (mil, trezentos e cinquenta reais).

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 13 de dezembro de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:03:57
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613035701100000054681695>
Número do documento: 19121613035701100000054681695

Num. 55580059 - Pág. 3



Número: **0023148-42.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55580 060	16/12/2019 13:03	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:03:57
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912161303571080000054681696>
Número do documento: 1912161303571080000054681696

Num. 55580060 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190073337 **Cidade:** Cachoeirinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA **Data do acidente:** 28/09/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FRATURA EM TERÇO MÉDIO DA FACE (COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO + BLOW OUT À ESQUERDA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FACE:REDUÇÃO E PLACAS); DEMAIS CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LESÃO EM ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LESÃO RESIDUAL EM ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190073337 **Cidade:** Cachoeirinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA **Data do acidente:** 28/09/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FRATURA EM TERÇO MÉDIO DA FACE (COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO + BLOW OUT À ESQUERDA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FACE:REDUÇÃO E PLACAS); DEMAIS CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LESÃO EM ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LESÃO RESIDUAL EM ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



Procuração

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

1. Outorgante Rafael José Amilson da Silva

portador(a) do documento de identidade nº 9.568.548, expedido por SIS PE em
04/05/2012 inscrito no CPF sob o nº 123.028.944-56 residente na
Sítio Colônia de Lima, nº 340
complemento essa, Bairro Rural, cidade Cachoeirinha, Estado PE

2. Outorgado Yonal Plus de Almeida

portador(a) do documento de identidade nº 6257060, expedido por SSP PE em
07.11.98, inscrito no CPF sob o nº 983 756 10410 residente na
Rua José Júlio da Silva, nº 81
complemento essa, Bairro Centro, cidade Cachoeirinha, Estado PE

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

Cachoeirinha 16 de 11 de 2018

Outorgante

Rafael José Amilson da Silva



CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE CACHOEIRINHA - PE

TANIS: VERA LÚCIA VALENÇA MELO E SILVA / Representante: DINA LUCIA RIBEIRO VALENÇA DE MELLO CELUCIANA

R. Rio Valença, 804, 1º - Centro - CEP 55380-040 - CFC nº 11.012.2188881-45 - Fone/Fax: (81) 3101-1121 - www.cachoeirinha.tce-rj.gov.br

Por Autenticidade e Firma de Rafael José Amilson da Silva,
m. 16/11/2018, dno. 16, Em testemunho da verdade, Cachoeirinha,
16/11/2018 09:30:52. Selo(s) 0078455.UE0201B03.07460. Consultar
autenticidade em site: <http://tce-rj.tce-rj.gov.br> /seloDigital. Emol. 1 R\$ 0,39 - TE
R\$ 0,00 - FDC: R\$ 0,40
Vera Lúcia Valença Melo e Silva - Tabellin

VALIDADE: 120 DIAS A PARTIR DA AUTENTICAÇÃO



802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JAN 2019

Rua da Aurora, nº 175, 5.º andar
Bairro Vista - CEP 50.060-010
SEDE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031672/19

Vítima: RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA

CPF: 123.028.944-56

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/09/2018

Titular do CPF: RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GENIVAL ALVES DE ALMEIDA : 983.756.104-10

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

RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA : 123.028.944-56

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: 28/01/2019
Nome: GENIVAL ALVES DE ALMEIDA
CPF: 983.756.104-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/01/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

GENIVAL ALVES DE ALMEIDA

Steffany Caroliny Lins Veloso



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190073337 **Vítima: RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA**

Data do Acidente: 28/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GENIVAL ALVES DE ALMEIDA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA

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

Carta nº 13871735

Pag. 00839/00840 - carta_01 - INVALIDEZ



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 10 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190073337 **Vítima: RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA**

Data do Acidente: 28/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GENIVAL ALVES DE ALMEIDA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA

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

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

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

Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **237**

Agência: **000006991-4**

Conta: **000000002832-0**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE												
NP do sinistro ou ASI:		CPF da vítima: 523 028 944 56 (Rafael) José Amilson da Silva														
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012																
Nome completo: Rafael José Amilson da Silva		CPF: 523 028.944 56	Nome completo da vítima:													
Profissão: Encanador		Número: 340	Complemento:													
Bairro: Litorânea		Estado: PE	CEP: 51.380.000	Telefone: (81) 8254 0255												
Cidade: Zochoeirinha																
E-mail:																
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).																
DADOS CADASTRAIS																
<table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> RENDA MENSAL:</td> <td><input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR</td> <td><input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00</td> <td><input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00</td> <td><input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> SEM RENDA</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00</td> <td><input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00</td> <td><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00</td> <td></td> </tr> </table>					<input checked="" type="checkbox"/> RENDA MENSAL:	<input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> RENDA MENSAL:	<input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00											
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00												
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA																
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Bradesco AGENCIA: 6991 4 CONTA: 000 2832 0 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)													
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____																

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

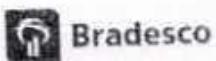
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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):		
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> 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 Lider 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 discordar do seu conteúdo.		

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE		Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo Data do óbito da vítima:		
Grau de Parentesco com a vítima:		Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou: nascituro (não nascido) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vítima deixou: pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Estou ciente de que a Seguradora Lider 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: Zochoeirinha, 30/01/19 Nome: _____ CPF: _____		TESTEMUNHAS 1º Nome: _____ CPF: _____ 05.802.494/0001-43 ASSOCIAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 2º Nome: _____ CPF: _____ 28 JAN 2019 Ribeirão Preto, SP 175, ST 907 BL-6 Ribeirão Preto - CEP: 140.060-010 RECIFE-PE		
Assinatura do Representante Legal (se houver)		Assinatura do Procurador (se houver)		

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



Dia & Noite

BON - Bradesco Dia e Noite
Depósito Conta Corrente

data: 20/12/2019 Term: 061907 N. Trans: 10:20
hora: 10:20
valor: 70,00

Favorecido:
Banco: 237
Agencia: 6891 / DACHIEBUPRA
conta: 0002832-0

Titular 1: RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
28 JAN 2019
Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:03:57
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613035710800000054681696>
Número do documento: 19121613035710800000054681696

Num. 55580060 - Pág. 9



05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
28 JAN 2018
Rua da Aurora, 175, SE 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.080-010
RECIFE-PE

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 109ª CIRCUNSCRICAO - CACHOEIRINHA -
DP109º CIRC DINTER1/15º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0199000630

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 07/12/2018 às 08:37

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 28/9/2018 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CACHOEIRINHA, 1, SITIO
GRAIBAS - Bairro: CENTRO - CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: PROPRIEDADE RURAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ALDENICE CORDEIRO DE MORAIS SILVA (OUTRO)
RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDO

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

RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nasc: IVONETE DOS SANTOS SILVA Pai: JOSE AELSON DA SILVA Data de Nascimento: 2/4/1995
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Escolaridade: 1º GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CACHOEIRINHA, 346, SITIO CALDEIRAO DE CIMA -
CEP: 58060-000 - Bairro: CENTRO - CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ALDENICE CORDEIRO DE MORAIS SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO , que estava em



07/12/2018 09:36



posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto
 apreendido: **Não**
 Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ALDENICE CORDEIRO DE MORAIS SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA**
 Categoría/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFBE117** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **SC2JC4829BR818844**
 Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011**

Complemento / Observação

COMPARCEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA, O SR.RAFAEL JOSE,NOTICIANDO
 DE QUE ESTAVA GUARDANDO A REFERIDA MOTOCICLETA NO SITIO JA
 CITADO,QUANDO SURGIU DE REPENTE OUTRA MOTOCICLETA DE PLACA E COR NAO
 ANOTADA COLIDIU COM O MESMO E FOI AO SOLO CAINDO DESACORDADO, O OUTRO
 EVADIU -SE DO LOCAL POR ISSO HAO VIU OUTRA MOTOCICLETA,O MESMO FOI
 SOCORRIDO POR POPULARESPARA O HOSPITAL LOCAL EM SEGUIDA PARA O H.R,EM
 RECIFE,O MESMO TEVE UM T.C.E,NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO DE OCORRENCIA.

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

x Rafael José anilson da silva

RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **ROBERTO RODRIGUES DE LIMA** - Matrícula: **183766-5**



05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

28 JAN 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

07/12/2018 09:36





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 ASI: CPF da vítima: 523 028 944 56 Nome completo da vítima: Rafael José Amilson da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: Rafael José Amilson da Silva CPF: 523 028.944 56
 Profissão: Encanador Endereço: Número: 340 Complemento:
 Bairro: Autral Cidade: Pachoeirinha Estado: PE CEP: 55.380 000
 E-mail: (81) 8254 0255

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Introduzido
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Pachoeirinha, 30/01/19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

05.802.494/0001-41

ASSOCIAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

2º | Nome: _____

CPF: _____

28 JAN 2019

Rua da Aurora, nº 175, 51.902-000

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, 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.

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06991-4

CONTA: 000000002832-0

Nr. Autenticação

BRADESCO060220190500000000023706991000000002832135000 PAGO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:03:57
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613035710800000054681696>
Número do documento: 19121613035710800000054681696

Num. 55580060 - Pág. 13

10/01/2019

2a Via de Fatura

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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvíndia: 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado

de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

IVONETE DOS SANTOS SILVA
CPF: 746.714.624-06

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI CALDEIRAO DE CIMA 348
SITIO CALDEIRAO DE CIMA/CACHOEIRINHA RURAL
53380-000 CACHOEIRINHA PE

Aa condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disponibilidade, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

08/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

28/12/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

28/12/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

044840249

CONTA CONTRATO

001528292026

Nº DO CLIENTE

2800536077

Nº DA INSTALAÇÃO

0000613429

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

Monofásico

RESERVADO AO FISCO

1BB6.8819.C5F7.14AA.BE76.D7D0.1537.C1F4

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	44,00	0,7367534	32,50
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,03
Contrib. Bem. Pública Municipal			1,86
ICMS Subvenção-CDE-NF 037309922-26/10/18			0,18
Multa por atraso-NF 041046609 - 27/11/18			0,83
Juros por atraso-NF 041046609 - 27/11/18			0,04
Atualização IGPM-NF 041046609 - 27/11/18			0,03
TOTAL DA FATURA	001528292026	0,8717	35,19

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO
32,50	25,00	8,13	32,50	0,79	0,25	32,50	3,61	1,17

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTES

Vencida	Dt Reca	Valor
28/12/18	27/01/19	20,99

Fala comunicada NÃO substitui critério de débitos anteriores e NÃO compromete
águas em deságua judicial. Caso o suspensão do fornecimento persista por mais de 15
dias, o fornecimento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir
cobrança conforme os critérios definidos no Art. 59 RER 414/Anel. Pode ser emitido débito de
cobrança, bem como inclusão nos registros de débito CPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo-Metro(kWh)	0,52129300	DEZ	16
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAI	19
		ABR	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	17
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		kWh	
Geração de Energia	42 X		44
Transmissão	10,29 X 11,62		55
Distribuição (kWh)	1,62 X 4,67		31
Encargo Sazonal	7,14 X 21,27		33
Tributos	9,32 X 25,34		36
Perdas de Energia	3,34 X 8,88		31
TOTAL	32,50 X 87,17		34

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR *	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL			
PERÍODO 18								
DCR-Não de horas sem Energia		4,83	11,24	21,39	47,79			
FC-Não de horas sem Energia		1,08	7,74	15,49	33,39			
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		4,83	6,88	9,69	20,00			
DCR-Duração de interrupção em dia útil			Límite DCR: 18,60					
EUSO-Valor de Encargo de Uso = R\$ 12,11								
Fonte: Comitê de previsão estatística e monitoramento das instalações de GIC, FIC, FMC e DMR-Rio Grande do Norte								

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você mercearia e frigorífico sao je: praça dom expedito loges no 51 centro /
panificação massa fina: pc dom expedito loges no 12 centro,lista completa em www.celpe.com.br."
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violações no continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (R\$0,02/ANEEL). Juros 1% a.m (R\$ 0,01/02) e atualização monetária no prazo. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
MINIMO	MAXIMO
220	202

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTQUE AGORA

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001528292026	12/2018	0,00	08/01/2019	
FATURA PAGA				Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:03:57
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613035710800000054681696>

Num. 55580060 - Pág. 14

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu, Geraldo Alves de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 983.756.504-10,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rafael José Amâncio da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 123.028.944-56, do sinistro de DPVAT cobertura im.Valoriz da Vítima
Rafael José Amâncio da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 123.028.944-56, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Revisor Renda: R\$1000,00 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 Bairro Email	Cidade Localidade	Número Estado Telefone comercial(DDD)	Complemento CEP Telefone celular (DDD)
<u>Rua José Pedro da Silva</u> <u>centro</u>	<u>Caeté</u>	<u>81</u> <u>PE</u> <u>Telefone comercial(DDD)</u>	<u>Casa</u> <u>55380-000</u> <u>0819 8955 7922</u>

05.802.494/0001-41
DECLARATÓRIA DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
28 JAN 2019
Assinatura do Declarante



Rua da Aurora, nº 375, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RG CIEF-DF



Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Aldenice Cordeiro de Melo Silva,

RG: 8345091 data de expedição 24/09/2014

Órgão SDS/PE, portador do CPF 076.402.974-60, com

domicílio na cidade de Cachoeirinha, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada) Sítio Caldeirão de Cima, nº _____

complemento rose, declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Rafael dos Anjos da Silva, cujo o conduto era Rafael Yves dos Anjos da Silva.

Veículo: moto

Modelo: Honda Biz 125 ES ver Vermelha

Ano: 2011

Placa: PFB 81-17

Chassi: 9E2JF4820BR018844

Data do Acidente: 28-09-2018

Local e data do cartório: Cachoeirinha / 16.11.2018

X Aldenice Cordeiro de Melo Silva

Assinatura do Declarante

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!

CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE CACHOEIRINHA - PE
TANQUE: VERA LUCIA VALÉNCIA MELLO E SILVA / AUTORIDADE: DIVA LUCIA JANNES VALÉNCIA DE MELLO FELICIANO
R. São Francisco de Sales, 109 - Centro - (28) 3236-0000 - CEP: 51.141-7000-0001-41 - Fone/Fax: (28) 3242-0103 - cartorio-unico@sepe.pe.gov.br

Homologo Por Autenticidade a Firma de ALDENICE CORDEIRO DE MELLO
SILVA, do nº. Em testemunho da verdade, Cachoeirinha, 16/11/2018
09:46:36. Selo(s): 0075405.320201203.02458. Consulte autenticidade
em: www.tjpe.jus.br/medigital. E-mail: (28) 3339 - FAX: (28) 0.3339-0000
FECF: R\$ 0,40
Vera Lúcia Valéncia Melo e Silva - Tabelião

Z. M. M. L. M.

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JAN 2019

Rua da Aurora, nº 125, 51.902 BL C
Belo Horizonte - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



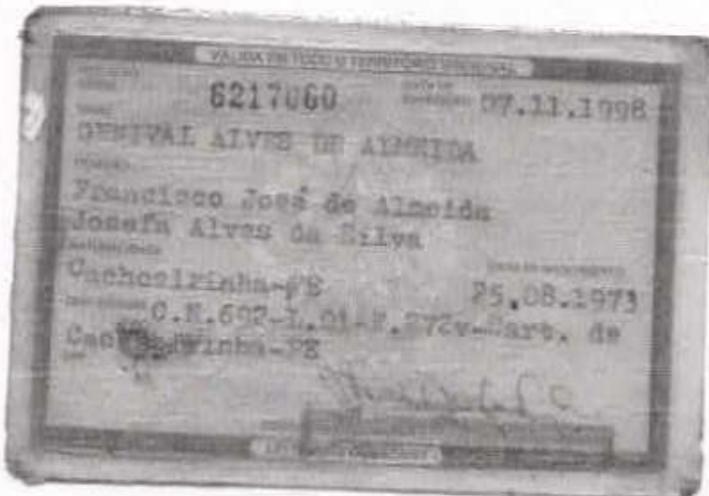


05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
28 JAN 2019
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Rosa Vista - CEP: 50.080-000
RECIFE-PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:03:57
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613035710800000054681696>
 Número do documento: 19121613035710800000054681696

Num. 55580060 - Pág. 17



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETOA
DE SEGUROS LTDA
28 JAN 2019

Rua da Aurora, nº 175, 51.902-000
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:03:57
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613035710800000054681696>
Número do documento: 19121613035710800000054681696

Num. 55580060 - Pág. 18