



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
55580059	16/12/2019 13:03	<a href="#">2597997_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01</a>	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.ª, 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 perícia a qual apurou lesão em estruturas crânio-faciais em grau residual (10%), efetuando o pagamento no valor de 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 cranio-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:  
 VALOR TOTAL: 1.350,00

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

CLIENTE: RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA

BANCO: 237  
 AGÊNCIA: 06991-4  
 CONTA: 000000002832-0

Nr. Autenticação  
 BRADESCO0602201905000000000023706991000000002832135000 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.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613035701100000054681695>  
 Número do documento: 19121613035701100000054681695

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 r. 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**





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
55580060	16/12/2019 13:03	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)

CONTINUA

PE Nº 013934240673		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ALTERNATIVA COMUNITÁRIA DO NOROESTE SIAV		55350-000	
<p>SEU CAC: 030818181-18</p> <p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</p> <p><a href="http://www.seguradora lider.com.br">www.seguradora lider.com.br</a></p> <p>SAC DPVAT 0800 022 1204</p>			
DATA DO SEGURO		DATA DO SEGURO	
07/04/2010		07/04/2010	
VALOR DO SEGURO		VALOR DO SEGURO	
R\$ 1.000,00		R\$ 1.000,00	
PREMIO ANUAL		PREMIO ANUAL	
R\$ 1.000,00		R\$ 1.000,00	
PREMIO TARIFARIO		PREMIO TARIFARIO	
R\$ 1.000,00		R\$ 1.000,00	
VALOR DO SEGURO		VALOR DO SEGURO	
R\$ 1.000,00		R\$ 1.000,00	
PREMIO ANUAL		PREMIO ANUAL	
R\$ 1.000,00		R\$ 1.000,00	
PREMIO TARIFARIO		PREMIO TARIFARIO	
R\$ 1.000,00		R\$ 1.000,00	
VALOR DO SEGURO		VALOR DO SEGURO	
R\$ 1.000,00		R\$ 1.000,00	
PREMIO ANUAL		PREMIO ANUAL	
R\$ 1.000,00		R\$ 1.000,00	
PREMIO TARIFARIO		PREMIO TARIFARIO	
R\$ 1.000,00		R\$ 1.000,00	

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
2 JAN 2019

28 JAN 2019

28 JAN 2015  
Praça da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
Rua Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

## 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
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>



## 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





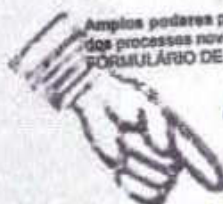
## Procuração

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 SSP PE em  
04.05.2012 inscrito no CPF sob o nº 123.028.944 56 residente na  
Sítio Caldeirão de Lima nº 340  
 complemento caso Bairro Barcel cidade  
Cachoeirinha Estado PE

2. Outorgado Genival Rios 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 Pedro da Silva nº 81  
 complemento caso Bairro Centro cidade  
Cachoeirinha Estado PE

Ampla 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 JT de 2015

Outorgante Rafael José Amilson da Silva



**CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE CACHOEIRINHA - PE**

TABELÃO: VERA LÚCIA VALENÇA MELLO E SILVA / SUBSTITUIÇÃO: DINA LÚCIA SAMPAIO VALENÇA DE MELLO TELACUR  
 R. São Valério 25 Blo. 10 - Centro - CEP 55200-000 - Cachoeirinha - PE (081) 3141-1121 - cartorio@unicooficio.org.br

Assinada Por Autenticidade a firma de RAFAEL JOSÉ AMILSON  
 DA SILVA; aos 16. Em testemunho da verdade. Cachoeirinha,  
 16/11/2018 09:32:52. Selo(s) 0076455.UEDP201803.02460. Consultar  
 autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital). Emissão R\$ 3,39 - T\$  
 R\$ 0,00 - ITCMD R\$ 0,40  
 Vera Lucia Valença Mello e Silva - Tabelão

20111110



5.802.494/0001-41  
 TRACÇÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

28 JAN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 907 BL. C  
 Boa Vista - CEP 54060-070  
 RECIFE-PE



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031672/19

**Vítima:** RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA

**CPF:** 123.028.944-56

**Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 28/09/2018

**Titular do CPF:** RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA

### 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](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: 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 Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

GENIVAL ALVES DE ALMEIDA

Steffany Carolyn Lins Veloso





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, 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](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, 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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,







# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 923.098.944.56 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: 923.098.944.56  
Profissão: Pedreiro Endereço: Sítio Cachoeirinha do Rio Estado: PE CEP: 55.380.000  
Bairro: Rural Cidade: Cachoeirinha Tel (DDD): 0819 8254 0255  
E-mail: \_\_\_\_\_

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

RENDA MENSAL: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

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

AGÊNCIA: 6991 4 CONTA: 0002832 0  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Assinatura  
dígito da  
vítima ou  
beneficiário  
não obrigatório

Local e Data: Cachoeirinha, 30/01/19  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RGO

X Rafael José Amilson da Silva  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

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

2ª Nome: \_\_\_\_\_

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

05.802.494/0001-41  
AGÊNCIA CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

28 JAN 2019

Rua da Aurora, nº 175, St. 902 Bl. E  
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 RGO, 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.



Bradesco

Dia & Noite

BON - Bradesco Dia e Noite  
Deposito Conta Corrente

Data: 20/12/2018 Term: 061907 N Trans: 9678  
Hora: 10:20  
Valor: 20,00

Favorecido:  
Banco: 237  
Agencia: 6891 / CACHOEIRINHA  
Conta: 0002632-0

Titular: 1: RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA

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: 58.060-010  
RECIFE-PE







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 109ª CIRCUNSCRIÇÃO - CACHOEIRINHA -  
DP109ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

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

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 - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **28/9/2018** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CACHOEIRINHA, 1, SÍTIO  
GRAINHAS - 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 (VÍTIMA )

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

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)  
Sr(a): **RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA**  
VEÍCULO: (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** Mãe:  
**IVONETE DOS SANTOS SILVA** Pai: **JOSE AELSON DA SILVA** Data de Nascimento: **2/4/1996**  
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**  
Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CACHOEIRINHA, 346, SÍTIO CALDEIRÃO DE CIMA -**  
**CEP: 55569-988 - 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)**

**VEÍCULO 1 (VEÍCULO)** 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**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **NÃO**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFB2117** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2JC4220BR012244**  
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011**

### Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA, O SR. RAFAEL JOSE, NOTICIANDO, DE QUE ESTAVA GUIANDO A REFERIDA MOTOCICLETA NO SÍTIO JÁ CITADO, QUANDO SURTIU DE REPENTE OUTRA MOTOCICLETA DE PLACA E COR NÃO ANOTADA COLIDIU COM O MESMO E FOI AO SOLO CAINDO DESACORDADO, O OUTRO EVADIU - SE DO LOCAL POR ISSO NÃO VIU OUTRA MOTOCICLETA, O MESMO FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL LOCAL EM SEGUIDA PARA O H.R. EM RECIFE, O MESMO TEVE UM T.C.E. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA.

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

x *Rafael Jose Anilson da Silva*  
**RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA**  
(VITIMA)

S.O. registrado por: **ROBERTO RODRIGUES DE LIMA** - Matrícula: **153765-5**



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 ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

123 028 944 56

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:

Profissão:

Endereço:

CPF:

123 028 944 56

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

PE 55.380 000

E-mail:

Tel. (DDD):

81 9 8254 0255

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

**REDA MENSAL:**☒ RECUSO INFORMAR☐ ATÉ R\$1.000,00☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00☐ ACIMA DE R\$10.000,00**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (104)☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

6997 4

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

000 2832 0

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vul nascido)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Assinatura

Local e Data

Oacheirinha, 20/01/19

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura do quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

1ª Nome:

CPF:

05.802.494/0001-41

ASSINATURA CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

2ª Nome:

CPF:

28 JAN 2019

Assinatura, Nº 175, SL 902 BL-E

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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.



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

BRADESCO0602201905000000000023706991000000002832135000 PAGO





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

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



www.celpe.com.br

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

## DADOS DO CLIENTE

IVONETE DOS SANTOS SILVA  
CPF: 740.714.604-06

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI CALDEIRÃO DE CIMA 340

SÍTIO CALDEIRÃO DE CIMA/CACHOEIRINHA RURAL  
55380-000 CACHOEIRINHA PE

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

## 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

2000530577

## Nº DA INSTALAÇÃO

0000613459

## 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	0,73875354	32,50
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,00
Contrib. Ilum. Pública Municipal			1,58
ICMS Subvenção-CDE-NF 037309927-26/10/18			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
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>35,16</b>

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
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 CUSTEIO

Vencido	Em Risco	Valor
04/01/19	27/01/19	35,98

Esta contabilidade NÃO substitui erro de débitos anteriores e NÃO contempla  
situação em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos  
de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir  
cobrança conforme os critérios definidos no Art. 58 RER 414/Anel. Podem ocorrer ações de  
cobrança, bem como inclusão nos regimes de restrição de crédito SPC e SERASA.

## Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 6,52138000

## HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
DEZ 18	44
NOV 18	65
OUT 18	31
SET 18	37
AGO 18	34
JUL 18	31
JUN 18	30
MAI 18	32
ABR 18	30
MAR 18	33
FEB 18	36
JAN 18	31
DEZ 17	34

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	45 - %
Geração de Energia	10,29 22,82
Transmissão	1,62 4,67
Distribuição (Elétrico)	7,73 21,87
Encargos Setoriais	1,61 4,52
Tributos	9,32 26,34
Perdas de Energia	3,34 9,58
TOTAL	32,50 100

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO REGISTRO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSUMO	A.1/18	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
V06652	CAT	27/11/2018	8.296,00	28/12/2018	8.340,00	31	1.000,00	0,00	44,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 28/01/2019

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	METAS MENSAL	METAS TRIM.	METAS ANUAL
01/01/2019					
DIC-Med. de horas sem Energia		4,32	11,34	23,39	47,79
FIC-Med. de horas sem Energia		1,38	7,74	15,49	30,98
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		4,32	6,88	8,60	8,60
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 16,50
EUSD-Valor de Encargo de Uso - R\$ 12,11					

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: mercearia e frigorífico são jói: praça dom expedito topes no 51 centro /  
paraficção massa fina: pc dom expedito topes no 15 centroLista completa em www.celpe.com.br.  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Pagto. em atraso gera multa 2%(R\$5414/ANEEL). Juros 1%a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.  
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,  
podendo também ser cobrada a custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

## NÍVEL DE TENSÃO

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

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## DESTAQUE AGIR

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001528292026	12/2018	0,00	08/01/2019	

## FATURA PAGA

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este canhoto será usado em leitora ótica.





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/DOCORIGINALASPX?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, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Genival Alves de Almeida inscrito (a) no CPF/CNPJ 983.756.304 / 10,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rafael José Amibau da Silva inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 123.028.944 / 56, do sinistro de DPVAT cobertura imóvel da vítima  
Rafael José Amibau da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 123.028.944 / 56, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Revisor Renda: Revisão e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Rua João Pedro da Silva</u>	Número	<u>81</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Cachoeirinha</u>	Estado	<u>PE</u>
Email		CEP	<u>55380-000</u>	Telefone comercial (DDD)	
		Telefone celular (DDD)	<u>0819 8955 7922</u>		

Cachoeirinha, 16 de 11 de 2018



Genival Alves de Almeida  
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

28 JAN 2019  
Rua da Aurora, Nº 925, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE





## Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Aldemice Perdeira de Mello Silva,

RG: 8345 081, data de expedição 24 / 09 / 2014

Órgão SDSPE, portador do CPF 076 402 974 60, com

domicílio na cidade de Cachoeirinha, no Estado de

Paraná, onde resido na (Rua/avenida/estrada)

Sítio Edmundo de Lima, nº \_\_\_\_\_

complemento rua, 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 José Amulson da Silva,

cujo o conduto era Rafael José Amulson da Silva.

Veículo: moto

Modelo: Honda Biz 225 ES com Verônica

Ano: 2011

Placa: PFB 81-17

Chassi: 9C2-JC 4820 BR 018844

Data do Acidente: 28-09-2018

Local e data do cartório: Cachoeirinha 16-11-2018

Aldemice Perdeira de Mello Silva

Assinatura do Declarante

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Obs: Reconhecer firma por autenticidade I



CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE CACHOEIRINHA - PE

Cartório: VERA LÚCIA VALENÇA MELLO E SILVA / Responsável: DR. LUIZ CARLOS VALENÇA DE MELLO FILHO

R. São João de Mello, 150 - Centro - CEP 52060-000 - Cachoeirinha - PE - Fone: (081) 3742-1122 - e-mail: cartorio-unico@veralucia.com.br

Assinado por Autenticidade a firma de ALDEMICE PERDEIRA DE MELLO SILVA, do nº. Em testemunho da verdade. Cachoeirinha, 16/11/2018

09:46:36. Selo(s) 0076455.31209201803.02458. Consulte autenticidade

em: www.tipe.jus.br/melodigital. Enol.: R\$ 3,39 - FEN: R\$ 0,50

FEN: R\$ 0,45

Vera Lúcia Valença Mello e Silva - Tabelião

relatório eletrônico assinado em 16/12/2019

\_\_\_\_\_



ASSINADO COM O SELo  
AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

28 JAN 2019

Rua da Aurora, nº 125, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE-PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE RECEITAS  
INSTITUTO DE PROTEÇÃO E DE DEFESA SOCIAL

01R20

9.568.548

04/09/2012

<< RAFAEL JOSÉ ANILSON DA SILVA >>

<< JOSÉ ANILSON DA SILVA >>  
<< IVONETE DOS SANTOS SILVA >>

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE 02/04/1995

<< CN.10870 L.10 F.53 CART.  
CACHOEIRINHA-PE 25.08.1995 >>

Rafael José Anilson da Silva

LEI Nº 7.115 DE 2009

CÓDIGO DE CONTROLE  
9AB4.7A2F.1F4D.6C21

A autenticidade desta comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço  
[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 08:21:45 do dia 19/09/2013 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
123.028.944-56

Nome  
RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA

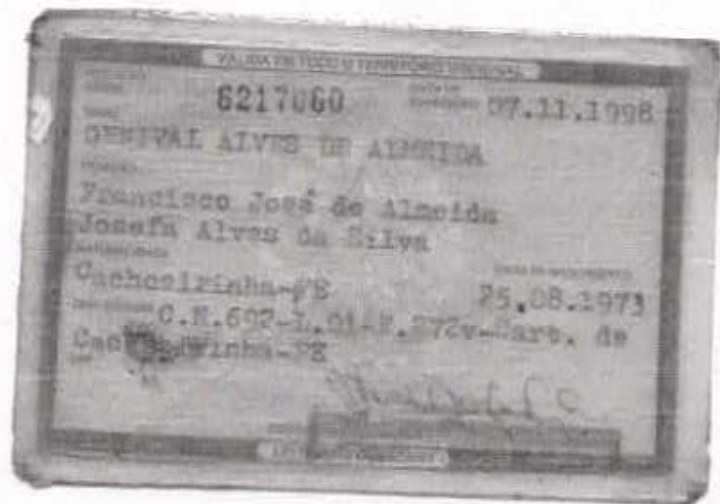
Nascimento  
02/04/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

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







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

