

Procuração e Contrato de Honorários

OUTORGANTE: LUIS ANTONIO BEZERRA PAZ,
BRASILEIRO, SOLTEIRO, DESEMPREGADO, RG
nº 8.259.349 SP/PE inscrito(a) sob o CPF/MF nº 103.873.504-11,
residente e domiciliado(a) na
RUA CORREGO JOSE GRANDE, Nº 673 F, ALTO JOSÉ BENEFICÓ,
CEP: 52080-040, RECIFE-PE

OUTORGADA: Jadde Raffaella Tenório de Souza, advogada inscrita na OAB/PE 44.713 e
Marília Suely de Sousa Alves, advogada inscrita na OAB/PE 37.710, estabelecidas na
Avenida Norte Miguel Arraes de Alencar, número 5709-A, Casa Amarela, CEP: 52070-660,
Recife -PE.

PODERES: para o foro em geral, com cláusula "Ad Judicia Et Extra", com poderes especiais para
acordar, desistir, transigir, receber e dar quitação, receber alvará, firmar compromissos, tomar
ciência de despachos e notificações, propor recursos ou desistir deles, e tudo o mais que se fizer
necessário ao fiel cumprimento do presente mandato, perante a **Seguradora Líder DPVAT e**
todas as suas Agências Reguladoras do Seguro DPVAT, podendo ainda substabelecer o
presente com ou sem reserva de poderes, obrigando-se a contratada desta forma, a defender os
direitos judiciais e extrajudiciais do Outorgante e Contratante.

DECLARAÇÃO: Declara, o Outorgante/Contratante, ser pessoa pobre na forma da lei, pelo
que requeiro o benefício da justiça gratuita nos termos do Art. 4º, §1º da Lei 1.060/50.

CONTRATO: Quanto ao pagamento dos honorários, estão as partes de acordo para o pagamento
de honorários contratuais à base de **30%** dos valores pecuniários recebidos em caso de êxito.

Recife, 06 de Junho de 2019.

x Luis Antonio Bezerra Paz

- Av. Miguel Arraes de Alencar, 5709-A - Casa Amarela - Recife/PE - CEP: 52.070-660
- Tel: (81) 4141-4100 / (81) 9.8468-1047
- Email: j.m.advocacia@hotmail.com





Scanned with CamScanner





Scanned with CamScanner





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20190560558850

Escritório: ALTO DO CEU

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE

LUIZ AUGUSTO BEZERRA PAZ
R CORREGO JOSE GRANDE, N. 00673 - A - ALTO JOSE DO PINHO RECIFE PE 52080-040
INSCRIÇÃO: 360.232.195.0681.001

MATRÍCULA:

06055885.0

05/2019-7

GRUPO: 12

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 06055885.0

RESPONSÁVEL

ENDEREÇO PARA ENTREGA

SITUAÇÃO ÁGUA		SITUAÇÃO ESGOTO		QUANTIDADE DE ECONOMIAS			
LIGADO		POTENCIAL		RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
HIDRÔMETRO		DATA LEIT. ANTERIOR		DATA LEIT. ATUAL		TIPO DE CONSUMO (A/E)	
NÃO MEDIDO						N MEDIDO /	
ÁGUA				ESGOTO			
LEIT. ANT.:		CONSUMO: 10		LEIT. ANT.:		VOLUME: 0	
LEIT. ATUAL:				LEIT. ATUAL:			
LEIT. FAT.:				LEIT. FAT.:			
HISTÓRICO DE CONSUMO				NÚMEROS DE AMOSTRAS			
REFERÊNCIA/CONSUMO				PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
04/2019	10/	A		TURBIDEZ	124	124	124
03/2019	10/	A		COR APARENTE	124	124	117
02/2019	10/	A		CLORO RESIDUAL	124	124	124
01/2019	10/	E		COLIFORMES TOTAIS	124	124	122
		A		E.Coli	124	124	124
12/2018	10/	A		OBSERVAÇÕES: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.			
11/2018	10/	A					
MÉDIA	10/ 0	E					

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

TARIFA MINIMA 41,30 POR UNIDADE

DOACAO AO HOSPITAL DE CANCER 05/2019

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

MINIMO

41,30

1,00

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	41,30	1,65	0,68
COFINS	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 20/06/2019

TOTAL A PAGAR: 42,30

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 05/07/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA:

06055885.0

05/2019-7

VENCIMENTO: 20/06/2019

TOTAL A PAGAR: 42,30

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: MARILIA SUELY DE SOUSA ALVES - 05/07/2019 10:18:44

https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070510184465400000046698885

Número do documento: 19070510184465400000046698885

Num. 47422050 - Pág. 1

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0073124/19

Vítima: LUIZ ANTONIO BEZERRA PAZ

CPF: 103.873.504-11

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 17/10/2017

Titular do CPF: LUIZ ANTONIO BEZERRA
PAZ

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

LUIZ ANTONIO BEZERRA PAZ : 103.873.504-11

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

3190176789

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.

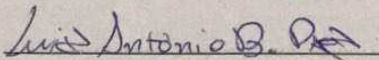
Documentação recebida sem conferência.

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.

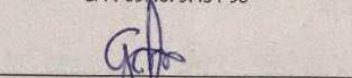
Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/02/2019
Nome: LUIZ ANTONIO BEZERRA PAZ
CPF: 103.873.504-11

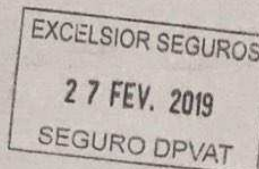

LUIZ ANTONIO BEZERRA PAZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/02/2019
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98


GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO

3087-9200



Scanned with CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL DA RESTAURACAO - DP4º CIRC DIM/2º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0334001161**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/10/2017** às **23:57**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **17/10/2017** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ALTO DO REFUGIO, 1, SUBIDA DO ALTO DO REFÚGIO -**
Bairro: **BREJO DA GUABIRABA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AGUARDANDO INVESTIGAÇÃO (AUTOR / AGENTE)
WESLEY (OUTRO)
LUIZ ANTÔNIO BEZERRA PAZ (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **WESLEY**

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

LUIZ ANTÔNIO BEZERRA PAZ (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MÁRCIA MARIA DOS SANTOS PAZ** Pai: **LUIZ AUGUSTO BEZERRA PAZ** Data de Nascimento: **16/3/1994** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8259349/SDS/PE (RG)** **10387350411 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Endereço Residencial: **RUA CORREGO JOSE GRANDE, 673 - CEP: 55000-000 - Bairro: ALTO JOSE DO PINHO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

CAMINHÃO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **WESLEY**
Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHÃO/FORD/F4000** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **MOT1732** (PERNAMBUCO/PAUDALHO) Renavam: **775923834** Chassi: **9BFLF47G428071480**
Combustível: **DIESEL**

Descrição: **A SERVIÇO DO ARMAZÉM SHALON DE PROPRIEDADE DE JOSÉ FERNANDO CARDOSO FILHO**

Complemento / Observação

<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=334&idOc=6733917&nroB...> 19/02/2019

Scanned with CamScanner



ALEGOU A VÍTIMA QUE SE ENCONTRAVA TRABALHANDO NO REFERIDO CAMINHÃO, NAQUELA LOCALIDADE, QUANDO O MESMO FALTOU FREIO E AO DESCER A MENCIONADA LADEIRA DE RÉ, MOMENTO EM QUE ELE A VÍTIMA, E OUTRO FUNCIONÁRIO TENTARAM PARAR O MESMO COLOCANDO CEPO DE MADEIRA NO PNEU TRAZIRO, TENDO O PNEU PASSADO POR CIMA DA MÃO DA VÍTIMA. QUE A VÍTIMA DEU ENTRADA NESTA UNIDADE HOSPITALAR, ÀS 20H59 DESTE DIA, CONDUZIDA PELA TEC. ENFERMAGEM SHEILA, DA UPA DA GUABIRABA, E RECEBEU O SEGUINTE REGISTRO MÉDICO.

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


LUIZ ANTONIO BEZERRA PAZ
(VITIMA)

B.O. registrado por: JURANDIR BEZERRA PAZ - Matrícula: 3848248



Data do Atendimento: 17/10/2017 Hora: 16:25:29
No. Atendimento: 1097407 CLINICA GERAL
Setor / Serviço: CONSULTORIO MEDICO

PRONTUÁRIO: 58283
Colaborador: MELQUIADESNET

Nome: LUIZ ANTONIO BEZERRA PAZ

Sexo: M

Data de Nascimento: 16/03/1994

Idade: 23 Anos, 7 Meses e 1 Dia

C.I.: 8259349

Pais ou responsáveis: MARCIA MARIA DOS SANTOS PAZ

Endereço: CORREGO JOSE GRANDE, 673 - ALTO JOSE DO PINHO/ - 52080040

Cidade: RECIFE Tel:

Hora do Atendimento: 17:00 Hs

Peso: Kg

Temperatura: °

QPD / HDA:

pac com trauma em
mao D

EXAME FÍSICO:

Beb luxuriou com
falha de dente com
fratura exposta

DIAGNÓSTICO:

Fratura exposta

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

① Ao HR trauma

Voltar em im
17:00

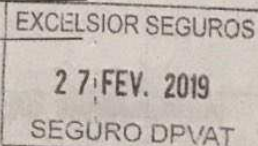
EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

HR 5277407

*Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Alta à Pedido () Atestado Dias

() Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro:

*Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado



Médico - Carimbo e Assinatura

UPA24H-UNID PRONTO ATEND NOVA DESCOBERTA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA NOVA DESCOBERTA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 17/10/2017 16:22

Nome Paciente:	LUIZ ANTONIO BEZERRA PAZ
Cód. Paciente:	58283
Data de Nascimento:	16/03/1994
Sexo:	Masculino
Idade:	23
Senha:	B0243
Convênio:	-
Atendimento:	SAME:

Período: 17/10/2017 16:23 - 17/10/2017 16:24

AURINEIDE FRANCISCA ELIAS DA SILVA - COREN: 008842 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGÊNCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: CORTO CONTUSO EM 4º QDD, SIC APO'S TRAUMA.

Observação: HAS - DM -
NEGA ALERGIAS
SEM OUTRAS QUEIXAS.

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

Discriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: CLINICA GERAL

Acolhido(a) por: AURINEIDE FRANCISCA ELIAS DA SILVA - COREN: 008842 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 17/10/2017 16:24

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Scanned with CamScanner



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: LUIZ ANTONIO BEZERRA PAZ	PRONTUÁRIO: 988038	ATENDIMENTO: 00880718
DATA DE NASCIMENTO: 16/03/1994	FOI ATENDIDO EM: 17/10/2017 Às 20:59	
	DATA DA ALTA: 19/10/2017 ÀS 11:17	

Diagnóstico Provável:

FRATURA EXPOSTA DE 4º QDD + AMPUTAÇÃO DE POLPA DIGITAL

Tratamento Realizado:

REALIZADO LIMPEZA CIRURGICA COM RETALHO CUTANEO NO DIA 17/10/2017 - DR IVAN MARCIO

Observação:

- 1- TOMAR MEDICAÇÃO
- 2- AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES LABORATIVAS POR 60 (SESENTA) DIAS

Encaminhado para:

AGENDAR RETORNO PARA AMBULATÓRIO DE DR IVAN MARCIO, CONFORME AGENDA

Dr. José Vinícius Gomes dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 25516

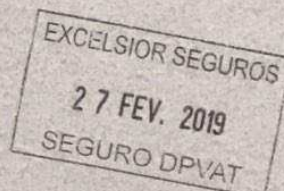
JOSE VINÍCIUS G DOS SANTOS - CRM: Nº.25516

Recife, 19, OUTUBRO ,2017

ATENÇÃO:

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





Scanned with CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA
PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 40152 / 2018

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 01BA, CIRCUNSCRIÇÃO - MACAXEIRA
Ofício nº. 69 / 2018 Data 15 / 10 / 2018
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 01BA, CIRCUNSCRIÇÃO - MACAXEIRA

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 14:35 do dia 15 de Outubro de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de LUIZ ANTONIO BEZERRA PAZ (filho) de LUIZ AUGUSTO BEZERRA PAZ e de MARCIA MARIA DOS SANTOS PAZ, de cor NÃO INFORMADO, sexo Masculino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil NÃO INFORMADO, apresentando a idade de 24 Anos, peso NÃO INFORMADO, de estatura NÃO INFORMADO, natural de RECIFE - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado: RG: 0259349, profissão NÃO INFORMADO, endereço NÃO INFORMADO, complemento: NÃO INFORMADO, bairro NÃO INFORMADO, telefones NÃO INFORMADO, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou-o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Relato o periciando que, um carinhão passou por cima de sua mão no dia 18/10/17. Foi atendido na UPA de Nova descoberta e transferido ao Hospital da Restauração. Trouxe cópia da ficha de esclarecimento deste Hospital que diz: "Fratura exposta de 4o QDD + amputação da polpa digital. Realizado limpeza cirúrgica com refilho curativo no dia 17/10/17. Não há referência ao mecanismo de trauma em nenhum documento hospitalar apresentado.

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Presença de unha em garras em 4o quíquidactilo direito em virtude do pequeno encurtamento da falange distal deste dedo (sequela da amputação parcial). Presença de diatrise irregular, normotrófica e normocômica em dorso do 3o quíquidactilo direito (área doadora). Flexoextensão dos dedos da mão direita preservada ativa e passivamente.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Periciando vítima de amputação de ponta do 4o quíquidactilo direito submetida a tratamento cirúrgico. O ferimento encontra-se cicatrizado e o periciando resbitado. Apresenta deformidade em garras da unha do 4o quíquidactilo direito.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?

Sim.

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?

Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, lesão de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

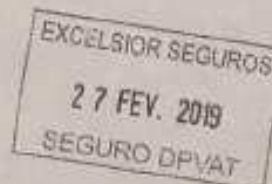
Sim. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias.

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Sim. Deformidade permanente (unha em garras do 4o quíquidactilo direito).



Página 1 de 2



Scanned with CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e achado correto o(s) médico(s) legista que assina Dr(*), ANDRE ALENCAR BARBOSA PALITOT -
CRM 16457.



Perto responsável



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: 10387350411 CPF da vítima: 10387350411 Nome completo da vítima: Luiz Antonio Bezerra Paes

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

Nome completo: Luiz Antonio Bezerra Paes CPF: 10387350411

Profissão: Revisor Endereço: Rua Correia José Grande Número: 673 Complemento: A

Bairro: Alt. José do Pinho Cidade: Recife Estado: PE CEP: 52080-090

E-mail: _____ Tel(DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO (INFORMAR) ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATE R\$3.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATE R\$10.000,00

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (conheça mais os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 0049 CONTA: 242688 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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 (assinale 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.

Fico, motivo assestado, solto o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, constatando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/76, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 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 nascido (ou 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 aqueles 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 296 do Código Penal.

Local e Data: Recife, 27/02/19

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Luiz Antonio B. Paes

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

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

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

FPS.001 V001/2018



CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

INSS: sortidos de segunda-feira a sábado, Apoiado

052-7385700/4-7

21/FEV/2019 HORA DE: 08:32:21

LOT. 15.013283-2 TERM 015885

LOCAL TOME: RECIFE

NO. VENDA: 00401 CONTROLE: 02480500

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POMP CAIXA FACIL

NOME: LUIZ ANTONIO BEZERRA PAZ

IDENTICA: 0045

OPERAÇÃO: 013

CÓDIGO-DV: 000.000.242.650-6

DATA DA ABERTURA: 21/02/2019

LOTÉRIAS CAIXA

052-7385700/4-7

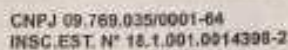
14 VIA

EXCELSIOR SEGUROS

27 FEV. 2019

SEGURO DPVAT





ATENDIMENTO: PRAÇA FARIA NEVES - RUA S/N - DOIS IRMÃOS R
LUIZ - PI 52121-001

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

VENCIMENTO: 20/02/2019

TOTAL A PAGAR: 42,30

APPENDIX





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Em caso de 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, 01 de Março de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190176789

Vítima: LUIZ ANTONIO BEZERRA PAZ

Data do Acidente: 17/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIZ ANTONIO BEZERRA PAZ

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 14014779





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, 21 de Março de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190176789

Vítima: LUIZ ANTONIO BEZERRA PAZ

Data do Acidente: 17/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIZ ANTONIO BEZERRA PAZ

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\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =

R\$ 337,50

Recebedor: LUIZ ANTONIO BEZERRA PAZ

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000000049

Conta: 00000242688-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: MARILIA SUELY DE SOUSA ALVES - 05/07/2019 10:18:44

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070510184482200000046698896>

Número do documento: 19070510184482200000046698896

Num. 47422061 - Pág. 2







