Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

26/03/2020

Número: **0010160-52.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 6ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **20/02/2020**
Valor da causa: **R$ 9.450,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA (AUTOR)	EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59848456	26/03/2020 13:47	2707529_CONTESTACAO_01	Petição em PDF

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00101605220208172001

AUSÊNCIA DE COBERTURA
SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresa seguradora com sede à Av. Marques de Olinda, 175 - Bairro do Recife - Recife - PE - CEP: 50030-000, inscrita no CNPJ sob o número 33.054.826/0001-92 **e SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.,** com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da ***AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT,*** que lhe promove **JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **08/11/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 30/11/2018.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a NEGATIVA da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

DO DESINTERESSE NA REALIAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC[1].

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

[1]"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**" (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG , Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral[2].

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima[3].

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

> **Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e**
>
> **Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.**

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação[4.]

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação[5]

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

---

[2]RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

[3]**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez."

[4]"SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

[5]***art. 1º . (...)***
§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do covênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO**, **OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 19 de março de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

• Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;

• Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;

• Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R$ 13.500,00	R$ 10.125,00	R$ 6.750,00	R$ 3.375,00	R$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais 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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R$ 9.450,00	R$ 7.087,50	R$ 4.725,00	R$ 2.362,50	R$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R$ 6.750,00	R$ 5.062,50	R$ 3.375,00	R$ 1.687,50	R$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R$ 3.375,00	R$ 2.531,25	R$ 1.687,50	R$ 843,75	R$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R$ 1.350,00	R$ 1.012,50	R$ 675,00	R$ 337,50	R$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA**, em curso perante **a 6ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00101605220208172001.

Rio de Janeiro, 19 de março de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

26/03/2020

Número: **0010160-52.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 6ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **20/02/2020**
Valor da causa: **R$ 9.450,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA (AUTOR)	**EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)**
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59848457	26/03/2020 13:47	ANEXO 1	Outros (Documento)

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

DATA DO ACIDENTE 08/11/2018 CPF DA VÍTIMA 073.424.494-07

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ADRIANA Mª MOURA DE A. FERNANDES

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOÃO BATISTA

Nº 370 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO

CIDADE SURUBIM UF PE CEP 55750-000

E-MAIL AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR TELEFONE (81) 9700-1998

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

(X) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
- **MORTE = R$ 13.500,00**
- **INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.**
- **DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.**

- **O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA**
- **COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO**
- **PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE 4.810.389 SSP/PE

ASSINATURA Adriana Mª M. de A. Fernandes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

DATA DO ACIDENTE 08/11/2018 CPF DA VÍTIMA 073.424.494-07

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ADRIANA Mª MOURA DE A. FERNANDES

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOÃO BATISTA

Nº 370 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO

CIDADE SURUBIM UF PE CEP 55750-000

E-MAIL AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR TELEFONE (81) 9700-1998

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

(X) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
- **MORTE = R$ 13.500,00**
- **INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.**
- **DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.**

- **O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA**
- **COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO**
- **PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE 4.810.389 SSP/PE

ASSINATURA Adriana Mª M. de A. Fernandes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA [illegible]

DATA DO ACIDENTE [illegible] CPF DA VÍTIMA [illegible]

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO [illegible]

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É ...

ENDEREÇO DO PORTADOR [illegible]

Nº [illegible] COMPLEMENTO [illegible] BAIRRO [illegible]

CIDADE [illegible] UF [illegible] CEP [illegible]

E-MAIL [illegible] TELEFONE [illegible]

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- **MORTE = R$ 13.500,00**
- **INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.**
- **DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.**

- **O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA**
- **COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO**
- **PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA	DATA
IDENTIDADE [illegible]	NOME
ASSINATURA [illegible]	ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190095806 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA **Data do acidente:** 08/11/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TERÇO MÉDIO DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190095806 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA **Data do acidente:** 08/11/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TERÇO MÉDIO DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190095806 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA **Data do acidente:** 08/11/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TERÇO MÉDIO DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190095806 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA **Data do acidente:** 08/11/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TERÇO MÉDIO DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME- JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 7.688.048 SDS/PE CPF 073.424.494-07
ENDEREÇO- SI CAPOEIRA DO MILHO, Nº 520, ZONA RURAL, SURUBIM-PE

OUTORGADO

NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE CPF: 945.234.444-04
ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTIUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.**

SURUBIM- PE 22 DE NOVEMBRO 2018

DE SINISTROS DPVAT NÃO VERIFICADO 07 JAN 2019 Gente Seguradora S/A

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE

2ª Tabelionato de Notas de Surubim - PE

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME- JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 7.688.048 SDS/PE CPF 073.424.494-07
ENDEREÇO- SI CAPOEIRA DO MILHO, Nº 520, ZONA RURAL, SURUBIM-PE

OUTORGADO

NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE CPF: 945.234.444-04
ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTIUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.**

SURUBIM- PE 22 DE NOVEMBRO 2018

DE SINISTROS DPVAT NÃO VERIFICADO 07 JAN 2019 Gente Seguradora S/A

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE

2ª Tabelionato de Notas de Surubim - PE

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME- JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE. 7 688.048 SDS/PE CPF 073.424 494-07
ENDEREÇO- SI CAPOEIRA DO MILHO. Nº 520. ZONA RURAL. SURUBIM-PE

OUTORGADO

NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE- 4 810 389 SSP/PE CPF. 945 234 444-04
ENDEREÇO RUA JOÃO BATISTA, Nº 370. CENTRO. SURUBIM-PE

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO ACIMA QUALIFICADO A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSORCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.**

SURUBIM- PE 22 DE NOVEMBRO 2018

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006114/19

Número do Sinistro: 3190017199

Vítima: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

Data do acidente: 08/11/2018

CPF: 073.424.494-07

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 15/01/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNAI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041361/19

Vítima: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

Data do acidente: 08/11/2018

CPF: 073.424.494-07

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA 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
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA : 073.424.494-07

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: 04/02/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNAI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0184458/19

Vítima: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA **Data do acidente:** 08/11/2018

CPF: 073.424.494-07 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA 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
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA : 073.424.494-07

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: 30/05/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNAI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/05/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0184458/19

Vítima: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

Data do acidente: 08/11/2018

CPF: 073.424.494-07

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA 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
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA : 073.424.494-07

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: 30/05/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNAI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/05/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041361/19

Vítima: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

Data do acidente: 08/11/2018

CPF: 073.424.494-07

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA 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
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA : 073.424.494-07

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: 04/02/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNAI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006114/19

Vítima: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

Data do acidente: 08/11/2018

CPF: 073.424.494-07

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA 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
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA : 073.424.494-07

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: 07/01/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNAI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006114/19

Número do Sinistro: 3190017199

Vítima: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

Data do acidente: 08/11/2018

CPF: 073.424.494-07

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 15/01/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNAI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006114/19

Vítima: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

Data do acidente: 08/11/2018

CPF: 073.424.494-07

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA 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
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA : 073.424.494-07

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: 07/01/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNAI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do Sinistro ASL: | CPF da Vítima: 073.424.494-07 | Nome completo da vítima: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA | CPF: 073.424.494-07

Profissão: REC. INF | Endereço: SI CAPOEIRA DO MILHO | Número: 520 | Complemento: CASA

Bairro: ZONA RURAL | Cidade: SURUBIM | Estado: PE | CEP: 55750-000

E-mail: | Telefone: (81)9700-1998

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

RENDA MENSAL:

☒ RECEBO ATÉ 1 SALÁRIO MÍNIMO ☐ ACIMA DE R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00 ☐ SEM RENDA

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (somente para bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1295 (informar o dígito se existir) CONTA: 37595-0 (informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar a indenização do Seguro DPVAT na conta informada, de minha titularidade, e ciente de que a indenização do Seguro DPVAT é creditada, no máximo, em dez dias, desde que já tenha decorrido o prazo de 30 dias da data da entrega do requerimento, quitação total do valor creditado.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que [illegible] do IML [illegible] do Seguro DPVAT [illegible] **(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

[illegible] pedido de indenização do Seguro DPVAT por mal-estar permanente [illegible] permanente [illegible] Lei 6.194/74 Art. 3º, § 4º. Declaro [illegible] Art. 299 do Código Penal.

DE SINISTROS DEPIN DPVAT RECONHECIDO 07 JAN 2003 Seguradora S/A

MORTE

DECLARAÇÃO DE UNICOS 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 tiver filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou cônjuge (vai casar)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais (vivos)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora [illegible] estão sujeitos [illegible] declaração não verdadeira [illegible] do artigo 299 do Código Penal.

Local e data: SURUBIM-PE 07/01/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de duas testemunhas (OPCIONAL)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

X Jeova Severino Santiago da Silva

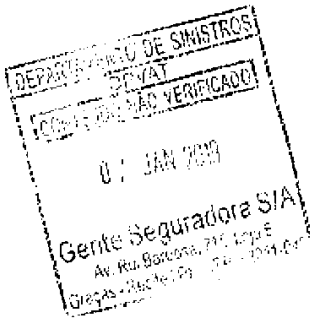
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior de idade, para preencher e assinar o presente formulário (A ROGO), na presença de 2 (dois) testemunhas maiores capazes, comprometendo-se a declarar ciência do teor do instrumento, antes do preenchimento e assinatura.

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


CAIXA
POUPANÇA
4392 6717 9873 0269
JEOVA SEVERINO S SILVA
1295 013 00037595-0 10/24
VISA
Electron


DE SINISTROS
VERIFICADO
JAN 2020
Gente Seguradora S/A

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ASL: | CPF da vítima: 073.424.494-07 | Nome completo da vítima: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA | CPF: 073.424.494-07

Profissão: REC. INF | Endereço: SI CAPOEIRA DO MILHO | Número: 520 | Complemento: CASA

Bairro: ZONA RURAL | Cidade: SURUBIM | Estado: PE | CEP: 55750-000

E-mail: | Telefone: (81)9700-1998

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

RENDA MENSAL:

☒ RECEBO ATÉ 1 SALÁRIO MÍNIMO ☐ A.F. R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00 ☐ 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)

AGÊNCIA: 1295 (informar o dígito se existir) CONTA: 37595-0 (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: (informar o dígito se existir) CONTA: (informar o dígito se existir)

Autorizo a seguradora líder a creditar o valor da indenização, de minha titularidade, em minha conta-corrente, informada acima, ficando ciente de que, caso ocorrer devolução, decorrente de dados de conta-corrente incorretos, ou de qualquer outro motivo, a efetivação do crédito ficará condicionada à correção do valor creditado.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que [illegible] do Instituto Médico Legal (IML) [illegible] do Seguro DPVAT [illegible] (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

[illegible] pedido de indenização do Seguro DPVAT por mim [illegible] permanente [illegible] Lei 6.194/74 Art. 3º, § 4º. Declaro [illegible] Art. 299 do Código Penal.

DE SINISTROS DEPIN DPVAT RECONHECIMENTO DE FIRMA RECONHECIDO 07 JAN 2003 Seguradora S/A

MORTE

DECLARAÇÃO DE UNICOS 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 desquitado/companheiro(a) ☐ Sim ☐ Não Se a vítima for desquitado/companheiro(a), informar o nome completo

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tiver filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou caso filho (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora [illegible] indenização do Seguro DPVAT [illegible] estão sujeitos [illegible] declaração não verdadeira [illegible] do Código Penal.

Local e data: SURUBIM-PE 07/01/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de duas testemunhas (OBRIGATÓRIO)

X Jeova Severino Santiago da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

TESTEMUNHAS

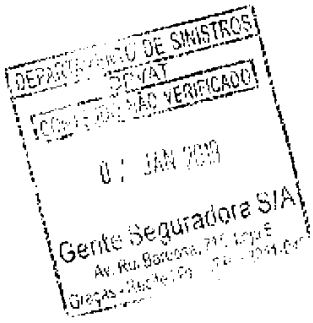
1º | Nome: CPF: Assinatura

2º | Nome: CPF: Assinatura

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

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


CAIXA
POUPANÇA
4392 6717 9873 0269
JEOVA SEVERINO S SILVA
1295 013 00037595-0 10/24
VISA
Electron


DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DOCUMENTO NÃO VERIFICADO
JAN 2020
Gente Seguradora S/A

LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

CADASTRAIS

RENDA MENSAL

☒ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]

☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]

DADOS BANCARIOS DO BENEFICIARIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA ☐ CONTA CORRENTE

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

Nome do BANCO

AGENCIA CONTA AGENCIA CONTA

Autorizo

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei (assinalar uma das opções)

☒ [illegible]

☐ [illegible]

☐ [illegible]

MORTE

DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIARIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado Civil

TESTEMUNHAS

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


CAIXA
POUPANÇA
4392 6717 9873 0269
JEOVA SEVERINO S SILVA
1295 013 00037595-0
10/24
VISA

496571
0006114/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM -
DP116ªCIRC DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0206002671

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 30/11/2018 às 10:21

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 8/11/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, SITIO ALEGRE** -
Bairro: **CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **OUTRO LOCAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \AGENTE)
LUIZ MARCOS REIS DA SILVA (OUTRO)
JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

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

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

JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA PETRONILA SANTIAGO DA SILVA** Pai: **SEVERINO ARAUJO DA SILVA** Data de Nascimento: **8/9/1986** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, SITIO CAPOEIRA DO MILHO - CEP: 55600-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

LUIZ MARCOS REIS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUIZ MARCOS REIS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFL2212** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **451728203** Chassi:

9C2KC1879GR487898
Ano Fabricação/Modelo: 2012/2012

Complemento / Observação

DIZ A VITIMA QUE ESTAVA INDO PARA SUA RESIDENCIA NA MOTO EM TELA, TRAFEGANDO POR UMA ESTRADA DE BARRO, QUANDO SE ASSUSTOU COM OUTRO MOTOQUEIRO ACHANDO QUE PODERIA SE TRATAR DE UM ASSALTO, O SR- JEOVA OLHOU DE LADO, SE DESEQUILIBROU, O PNEU DIANTEIRO DA MOTO DERRAPOU EM UMA PEDRA, A VITIMA PERDEU O CONTROLE DO VEICULO, VINDO A CAIR E SE LESIONANDO, QUEBRANDO A CLAVICULA DIREITA. NO MOMENTO DO ACIDENTE UMA ENFERMEIRA DO PSF DO MIMOSO IA PASSANDO E AVISTOU A VITIMA NO CHAO E CONDUZIU O SR- JEOVA PARA A UPA DO COQUEIRO. REGISTRA-SE O BOE PARA OS EFEITOS LEGAIS CABIVEIS.

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

Jeova Severino Santiago da Silva
JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: RONALDO SEVERINO DOS SANTOS - Matrícula: 359991-9

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
SINDAT
CÓPIA NÃO VERIFICADA
07 JAN 2019
Gerente Seguradora S/A

496571
0006114/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM -
DP116ªCIRC DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0206002671

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 30/11/2018 às 10:21

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 8/11/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, SITIO ALEGRE** -
Bairro: **CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **OUTRO LOCAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \AGENTE)
LUIZ MARCOS REIS DA SILVA (OUTRO)
JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

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

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

JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA PETRONILA SANTIAGO DA SILVA** Pai: **SEVERINO ARAUJO DA SILVA** Data de Nascimento: **8/9/1986** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, SITIO CAPOEIRA DO MILHO - CEP: 55600-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

LUIZ MARCOS REIS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUIZ MARCOS REIS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFL2212** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **451728203** Chassi:

9C2KG1879GR487898
Ano Fabricação/Modelo: 2012/2012

Complemento / Observação

DIZ A VITIMA QUE ESTAVA INDO PARA SUA RESIDENCIA NA MOTO EM TELA, TRAFEGANDO POR UMA ESTRADA DE BARRO, QUANDO SE ASSUSTOU COM OUTRO MOTOQUEIRO ACHANDO QUE PODERIA SE TRATAR DE UM ASSALTO, O SR- JEOVA OLHOU DE LADO, SE DESEQUILIBROU, O PNEU DIANTEIRO DA MOTO DERRAPOU EM UMA PEDRA, A VITIMA PERDEU O CONTROLE DO VEICULO, VINDO A CAIR E SE LESIONANDO, QUEBRANDO A CLAVICULA DIREITA. NO MOMENTO DO ACIDENTE UMA ENFERMEIRA DO PSF DO MIMOSO IA PASSANDO E AVISTOU A VITIMA NO CHAO E CONDUZIU O SR- JEOVA PARA A UPA DO COQUEIRO. REGISTRA-SE O BOE PARA OS EFEITOS LEGAIS CABIVEIS.

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

Jeova Severino Santiago da Silva
JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: RONALDO SEVERINO DOS SANTOS - Matrícula: 359991-9

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
SINDAT
CÓPIA NÃO VERIFICADA
07 JUN 2018
Gente Seguradora S/A

436571

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM -
DP116ªCIRC DINTER1/16ªDESEC

526572

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0206002671

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/11/2018** às **10:21**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **8/11/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, SITIO ALEGRE**
Bairro: **CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **OUTRO LOCAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
LUIZ MARCOS REIS DA SILVA (OUTROS)
JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO (outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a) JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

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

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

JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA PETRONILA SANTIAGO DA SILVA** Pai: **SEVERINO ARAUJO DA SILVA** Data de Nascimento: **8/8/1986** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, SITIO CAPOEIRA DO MILHO - CEP: 55600-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

LUIZ MARCOS REIS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) **LUIZ MARCOS REIS DA SILVA** que estava em posse do(a) Sr(a) **JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFL3812** (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO) Renavam: **461728203** (Não

Boletim de Ocorrência

9G3RG1870CR487698
Ano Fabricação/Modelo 2012/2012

Complemento / Observação

DIZ A VITIMA QUE ESTAVA INDO PARA SUA RESIDENCIA NA MOTO EM TELA, TRAFEGANDO POR UMA ESTRADA DE BARRO, QUANDO SE ASSUSTOU COM OUTRO MOTOQUEIRO ACHANDO QUE PODERIA SE TRATAR DE UM ASSALTO, O SR. JEOVA OLHOU DE LADO, SE DESEQUILIBROU, O PNEU DIANTEIRO DA MOTO DERRAPOU EM UMA PEDRA, A VITIMA PERDEU O CONTROLE DO VEICULO, VINDO A CAIR E SE LESIONANDO, QUEBRANDO A CLAVICULA DIREITA. NO MOMENTO DO ACIDENTE UMA ENFERMEIRA DO PSF DO MIMOSO IA PASSANDO E AVISTOU A VITIMA NO CHAO E CONDUZIU O SR. JEOVA PARA A UPA DO COQUEIRO. REGISTRA-SE O BOE PARA OS EFEITOS LEGAIS CABIVEIS.

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

Jeova Severino Santiago da Silva
JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: RONALDO SEVERINO DOS SANTOS - Matricula 358581-0

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do Sinistro ASL: | CPF da vítima: 073.424.494-07 | Nome completo da vítima: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA | CPF: 073.424.494-07

Profissão: REC. INF | Endereço: SI CAPOEIRA DO MILHO | Número: 520 | Complemento: CASA

Bairro: ZONA RURAL | Cidade: SURUBIM | Estado: PE | CEP: 55750-000

E-mail: | Telefone: (81)9700-1998

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

RENDA MENSAL:

☒ NÃO SOUBE INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ 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)

AGÊNCIA: 1295 (informar o dígito se existir) CONTA: 37595-0 (informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar o valor da indenização, se for o caso, diretamente na conta de titularidade do segurado informada acima, ficando ciente de que, decorrido o prazo de 90 dias, não será mais possível a efetivação do crédito, quitação total do valor a receber.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que [illegible] do Instituto Médico Legal (IML) [illegible] do Seguro DPVAT [illegible] **(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

[illegible]

MORTE

DECLARAÇÃO DE UNICOS 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 tiver filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou cônjuge (vai casar)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora [illegible] **(*) Assinatura de duas testemunhas A ROGO**

Local e data: SURUBIM-PE 07/01/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de duas testemunhas A ROGO

X Jeova Severino Santiago da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior de idade, para preencher e assinar o presente formulário A ROGO, na presença de 2 (dois) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a declarar ciência do teor do instrumento, antes do preenchimento e assinatura.

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

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do Sinistro ASL: | CPF da Vítima: 073.424.494-07 | Nome completo da vítima: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA | CPF: 073.424.494-07

Profissão: REC. INF | Endereço: SI CAPOEIRA DO MILHO | Número: 520 | Complemento: CASA

Bairro: ZONA RURAL | Cidade: SURUBIM | Estado: PE | CEP: 55750-000

E-mail: | Telefone: (81)9700-1998

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

RENDA MENSAL:

☒ NÃO POSSUI RENDA ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (somente para bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1295 (informar o dígito se existir) CONTA: 37595-0 (informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar o valor da indenização, se for o caso, diretamente na conta indicada, de titularidade do segurado/beneficiário, ficando ciente de que, caso ocorra devolução do crédito, ocasionada por conta bancária inexistente, bloqueada, encerrada, dados incorretos ou não pertencente ao segurado/beneficiário, o pagamento do valor será efetuado somente após a efetivação do crédito, atualização do valor a ser efetuado.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que não há Instituto Médico Legal (IML) apto a realizar o exame de Perícia Médica para fins do Seguro DPVAT, na minha cidade **(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

Na ocasião em que for realizado, solicitarei prorrogação do prazo de 45 dias do pedido de indenização do Seguro DPVAT, por motivos de comprovada força maior, conforme inciso II do § 1º do Art. 5º da Circular da SUSEP nº 445/2012 (Art. 5º, § 1º, II). Declaro que não estou recebendo indenização por invalidez permanente por parcelas de renda de pensão, conforme Art. 5º, § 2º, Circular da SUSEP nº 445/2012 (Art. 5º, § 2º). Declaro que não estou recebendo indenização por invalidez permanente por outra seguradora. Declaro que não estou recebendo indenização por invalidez permanente por outra seguradora.

MORTE

DECLARAÇÃO DE UNICOS 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 desacompanhada? ☐ Sim ☐ Não Se a vítima for casado/companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tiver filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou caso/companheiro(a) grávida? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora [illegible] ao pagamento da indenização do Seguro DPVAT, por morte, aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem estar habilitados [illegible] que a declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir os valores recebidos, além de incorrer na pena prevista no artigo 299 do Código Penal.

Local e data: SURUBIM-PE 07/01/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de duas testemunhas (MORTE)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

X Jeova Severino Santiago da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior de idade, para preencher e assinar o presente formulário A ROGO, na presença de 2 (dois) testemunhas maiores capazes, comprometendo-se a declarar ciência do teor do instrumento, antes do preenchimento e assinatura.

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

LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL

☒ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]
☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]

DADOS BANCARIOS DO BENEFICIARIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA ☐ CONTA CORRENTE

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO

AGÊNCIA CONTA AGÊNCIA CONTA

Autorizo

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei (assinalar uma das opções)

☒ [illegible]
☐ [illegible]
☐ [illegible]

MORTE

DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIARIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado Civil

Local e data

TESTEMUNHAS

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

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
Dr. Gentil Augusto de Miranda

PREFEITURA DE SURUBIM

- DECLARAÇÃO –

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que o Sr. Jeová Severino Santiago da Silva. 32 anos, filho de Maria Petronila Santiago da Silva, residente à Capoeira do milho S/N°, na Zona Rural desta Cidade. Solicitou no dia 14/11/2018 cópia do seu prontuário devido acidente motociclístico. Atendido na instituição Hospitalar Unidade de Pronto Atendimento Dr. Gentil Augusto de Miranda UPA 24 horas de Surubim, no dia 08/11/2018 pelo médico plantonista Dr. Karlo Felipe Elias Alves. **CRM/PE 24.898**

Gente Seguradora SIA
07 JAN 2019

Surubim, 14 de novembro de 2018.

José [illegible] de Lima
Medicina Interna
Hospital Municipal de Surubim

Ionara Soares de Andrade Silva
SAME

Renice Barros da Silva
Recebido
RG 4980353

3IM - FUNDO MUNCIPAL DE SAÚDE
4H DR GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA

TIM DE EMERGÊNCIA **Cor/Raça:** PARDA **Nº OCORRÊNCIA:** 00040378

cuário: 26768 **CNS:** 898003734642533 **Idade:** 32 Anos 2 Meses **Sexo:** MASCULINO
e: JEOVÁ SEVERINO SANTIAGO DA SILVA **Nascimento:** 08/09/1986 **Est.Civil:** SOLTEIRO
CAPOEIRA DO MILHO **Nº:** **Bairro:** ZONA RURAL **CEP:** 55750000
de: SURUBIM **Nac.:** **Doc nº:** 7688048
MARIA PETRONILA SANTIAGO DA SILVA **Pai:** SEVERINO ARCANJO DA SILVA
ssão: **Responsável:**

nas Ocorrências:

:	**Hora:**	**Nº Ocorrência:**	**Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:**
9/2018	09:51	00033281	ECG
6/2018	13:44	00019881	PACT APRESENTA FERIMENTO EM MID DEVIDO QUEIMADURA NA MOTO + 8 DIAS. C
3/2018	12:32	00002354	EXAMES

CONSULTA: **URGÊNCIA ( )** **NÃO URGÊNCIA ( )** **EMERGÊNCIA ( )** **ACIDENTE TRABALHO ( )** **ACIDENTE TRÂNSITO ( )**

ORÁRIO:	**P.A.**	**FC**	**PULSO**	**PESO**	**ASSINATURA**

IXAS / DIAGNÓSTICO:

Queixa sobre Acidente de motocicleta com fratura na perna direita.

Gema: 555246

TRATAMENTO:

Dipirona 500mg IV

Carlo Barbosa Almeida
CRM-PE 30.[illegible]
Médico

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONFERIDO E VERIFICADO
07 JAN 2020
Gente Seguradora S/A
Av. Rio Branco, [illegible]
Cidade Maravilhosa - [illegible] 20011-040

AMES COMPLEMENTARES:

MRP

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura de clavícula direita.

CID:

ITIVO DA SAÍDA:
SIDÊNCIA ( ) INTERNADO ( )
STIFICATIVA:

( ) CURATIVO ( ) BÁSICO ( ) ESP
( ) NEBULIZAÇÃO ( ) RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

NCAMINHADO:

EMOVIDO:

OBITO:
is ____ ___h _____m do dia _____

CONSULTAS /ATENDIMENTO MÉDICO:
( ) URGÊNCIA BÁSICA ( ) URG. ESPECIALIZADA
( ) OBS. BÁSICA ( ) OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM

HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	**TÉCNICO / CONSELHO**	**HORÁRIO**

ATA SAÍDA:

ORA SÁIDA:

ATA: 08/11/2018 15:39:56

RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIDA FAULA

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
Dr. Gentil Augusto de Miranda

PREFEITURA DE SURUBIM

- DECLARAÇÃO –

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que o Sr. Jeová Severino Santiago da Silva. 32 anos, filho de Maria Petronila Santiago da Silva, residente à Capoeira do milho S/N°, na Zona Rural desta Cidade. Solicitou no dia 14/11/2018 cópia do seu prontuário devido acidente motociclístico. Atendido na instituição Hospitalar Unidade de Pronto Atendimento Dr. Gentil Augusto de Miranda UPA 24 horas de Surubim, no dia 08/11/2018 pelo médico plantonista Dr. Karlo Felipe Elias Alves. **CRM/PE 24.898**

DEPTO. DE SINISTROS
07 JAN 2019
Gente Seguradora S/A

Surubim, 14 de novembro de 2018.

José [illegible] de Lima
Medicina Interna
Hospital Municipal de Surubim

Ionara Soares de Andrade Silva
SAME

Renice Barros da Silva
Recebido
RG 4980353

3IM - FUNDO MUNCIPAL DE SAÚDE
4H DR GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA

TIM DE EMERGÊNCIA **Cor/Raça:** PARDA **Nº OCORRÊNCIA:** 00040378

cuário: 26768 **CNS:** 898003734642533 **Idade:** 32 Anos 2 Meses **Sexo:** MASCULINO
e: JEOVÁ SEVERINO SANTIAGO DA SILVA **Nascimento:** 08/09/1986 **Est.Civil:** SOLTEIRO
CAPOEIRA DO MILHO **Nº:** **Bairro:** ZONA RURAL **CEP:** 55750000
de:SURUBIM **Nac.:** **Doc nº:** 7688048
MARIA PETRONILA SANTIAGO DA SILVA **Pai:** SEVERINO ARCANJO DA SILVA
ssão: **Responsável:**

nas Ocorrências:

:	**Hora:**	**Nº Ocorrência:**	**Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:**
9/2018	09:51	00033281	ECG
6/2018	13:44	00019881	PACT APRESENTA FERIMENTO EM MID DEVIDO QUEIMADURA NA MOTO + 8 DIAS. C
3/2018	12:32	00002354	EXAMES

CONSULTA: **URGÊNCIA ( )** **NÃO URGÊNCIA ( )** **EMERGÊNCIA ( )** **ACIDENTE TRABALHO ( )** **ACIDENTE TRÂNSITO ( )**

ORÁRIO:	**P.A.**	**FC**	**PULSO**	**PESO**	**ASSINATURA**

IXAS / DIAGNÓSTICO:
Queixa sobre Acidente de motocicleta com fratura na mão direita.

TRATAMENTO:
Dipirona 01 amp IM
Carlo Barbosa
CRM
MÉDICO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONFERIDO E VERIFICADO
07 JAN 2019
Gente Seguradora S/A

Gema: 555246

AMES COMPLEMENTARES:
MRP

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:
Fratura de falange direita.

CID:

ITIVO DA SAÍDA:
SIDÊNCIA ( ) INTERNADO ( )
STIFICATIVA:

( ) CURATIVO ( ) BÁSICO ( ) ESP
( ) NEBULIZAÇÃO ( ) RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

NCAMINHADO:
EMOVIDO:
OBITO:
is ____ ___h _____m do dia _____

CONSULTAS /ATENDIMENTO MÉDICO:
( ) URGÊNCIA BÁSICA ( ) URG. ESPECIALIZADA
( ) OBS. BÁSICA ( ) OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM
HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	**TÉCNICO / CONSELHO**	**HORÁRIO**

ATA SÁIDA:
ORA SÁIDA:

ATA: 08/11/2018 15:39:56

RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIDA FAULA

IM - FUNDO MUNCIPAL DE SAÚDE
IH DR. GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA

ITIM DE EMERGÊNCIA **Nº OCORRÊNCIA:** 00040378

uário: 26768 **CNS:** 898003734642533 **Cor/Raça:** PARDA **Idade:** 32 Anos 2 Meses **Sexo:** MASCULINO
Nascimento: 08/09/1986 **Est.Civil:** SOLTEIRO
: JEOVÁ SEVERINO SANTIAGO DA SILVA **CEP:** 55750000
CAPOEIRA DO MILHO **Nº:** **Bairro:** ZONA RURAL **Doc nº:** 7688048
de: SURUBIM **Nac.:**
MARIA PETRONILA SANTIAGO DA SILVA **Pai:** SEVERINO ARCANJO DA SILVA
ssão: **Responsável:**

nas Ocorrências:

:	**Hora:**	**Nº Ocorrência:**	**Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:**
9/2018	09:51	00033281	ECG
6/2018	13:44	00019881	PACT APRESENTA FERIMENTO EM MID DEVIDO QUEIMADURA NA MOTO + 8 DIAS C
3/2018	12:32	00002354	EXAMES

CONSULTA: **URGÊNCIA ( )** **NÃO URGÊNCIA ( )** **EMERGÊNCIA ( )** **ACIDENTE TRABALHO ( )** **ACIDENTE TRÂNSITO ( )**

ORÁRIO:	**P.A.**	**FC**	**PULSO**	**PESO**	**ASSINATURA**

IXAS / DIAGNÓSTICO:

TRATAMENTO:

IMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: **CID:**

TÉCNICO / COREN

ITIVO DA SAÍDA:
SIDÊNCIA ( ) INTERNADO ( )
( ) CURATIVO ( ) BÁSICO ( ) ESP
( ) NEBULIZAÇÃO ( ) RETIRADA DE PONTO
STIFICATIVA:

MÉDICO / CRM

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:
( ) URGÊNCIA BÁSICA ( ) URG. ESPECIALIZADA
( ) OBS. BÁSICA ( ) OBS. ESPECIALIZADA

HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	**TÉCNICO / CONSELHO**	**HORÁRIO**

RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIDA PAULA

08/11/2015 15:29:56

celpe neoenergia

NOTA FISCAL / FATURA / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO: 18148 6016 | MÊS/ANO: 11/2018

DATA DE VENCIMENTO: 23/11/2018 | DATA PROVÁVEL DA PRÓXIMA LEITURA: 18/12/2018

TOTAL A PAGAR (R$): 67,31

Nº DA NOTA FISCAL | SÉRIE | EMISSÃO

APRESENTAÇÃO | Nº DO CLIENTE | CÓD. DA INSTALAÇÃO

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

TOTAL [illegible] 67,31

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DE FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
[illegible]	A	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]		[illegible]

HISTÓRICO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
PIS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
COFINS	[illegible]	[illegible]	[illegible]

CARACTERÍSTICA DO CONSUMO

Geração de Energia	R$	[illegible]	[illegible]
Transmissão	R$	[illegible]	[illegible]
Distribuição (Capex)	R$	[illegible]	[illegible]
Perdas de Energia	R$	[illegible]	[illegible]
Encargos Setoriais	R$	[illegible]	[illegible]
Tributos	R$	[illegible]	[illegible]
Total	R$	67,31	100%

TARIFAS APLICADAS

DESCRIÇÃO DO FISCO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[redacted]

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

	CONJUNTO SUPERIOR	VALOR APURADO 12 MESES	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
FIC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
DMIC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

TENSÃO DE ENSAIO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V) MÍNIMO	MÁXIMO
[illegible]	[illegible]	[illegible]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DOCUMENTO VERIFICADO
07 JAN 2019
Gente Segurança
Av. Rui ...
Iguatemi

celpe
neoenergia

DADOS DO CLIENTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CLASSIFICAÇÃO

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7005749886	11/2018

DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PRESENTE LEITURA
14/11/2018	10/12/2018

TOTAL A PAGAR (R$) 169,04

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
		169,04

TOTAL DA FATURA 169,04

DETALHAMENTO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)

HISTÓRICO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES TÉCNICAS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR (R$)
ICMS			
PIS			
COFINS			

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia		
Transmissão		
Distribuição (Cargas)		
Perdas de Energia		
Encargos Setoriais		
Tributos		
Total		100%

TARIFAS ATUAIS

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
VERIFICADO
07 JAN 2019
Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais S.A.

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF: 6810389 SSP PE

CPF: 945.234.444-04

DATA NASCIMENTO: 26/07/1974

FILIAÇÃO: JOSE GOMES DE MOURA
ISMARTE FERREIRA DE MOURA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.: 3

Nº REGISTRO: 02373305873

VALIDADE: 23/11/2022

1ª HABILITAÇÃO: 17/06/2002

OBSERVAÇÕES

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1421884961

PROHIBIDO PLASTIFICAR
1421884961

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: SURUBIM - PE

DATA EMISSÃO: 10/04/2017

Carlos Andrew Souza Gouveia
Diretor Presidente
ASSINATURA DO EMISSOR

SJ286755000
PE079465271

PERNAMBUCO

celpe neoenergia

NOTA FISCAL / FATURA / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
18148160 16	11/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE APRESENTAÇÃO PRÓXIMA LEITURA
23/11/2018	18/12/2018
TOTAL A PAGAR (R$)	67,31

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	CÓD. DA INSTALAÇÃO

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
			5,81
			1,62
			1,21
			1,42
			0,41
TOTAL			67,31

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DE FIXAÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
	A					30			

HISTÓRICO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS			
PIS			
COFINS			

CONTRIBUIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R$		
Transmissão	R$		
Distribuição (Carga)	R$		
Perdas de Energia	R$		
Encargos Setoriais	R$		
Tributos	R$		
Total	R$	3158	100%

TARIFAS APLICADAS

DESCRIÇÃO DO FISCO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[redacted]

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

	CONJUNTO SUPERIOR	VALOR APURADO 12 MESES	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC					
FIC					
DMIC					

TENSÃO NOMINAL (V) | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) MÍNIMO | MÁXIMO

DE SINISTROS
VERIFICADO
07 JAN 2019
Gente Segurado
Av. Ro

celpe
neoenergia

DADOS DO CLIENTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO: 7005749886

MÊS/ANO: 11/2018

DATA DE VENCIMENTO: 14/11/2018

TOTAL A PAGAR (R$): 169,04

DATA DE APRESENTAÇÃO: 10/12/2018

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

169,04

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	[illegible]	[illegible]	138,04
Adic. Bandeira AMARELA			3,55
Adic. Bandeira VERMELHA			10,37
Contribuição Municipal			2,18
[illegible]			5,91

TOTAL DA FATURA: 169,04

DETALHAMENTO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]

HISTÓRICO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES TÉCNICAS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
PIS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
COFINS	[illegible]	[illegible]	[illegible]

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R$	[illegible]	[illegible]
Transmissão	R$	[illegible]	[illegible]
Distribuição (Cargas)	R$	[illegible]	[illegible]
Perdas de Energia	R$	[illegible]	[illegible]
Encargos Setoriais	R$	[illegible]	[illegible]
Tributos	R$	[illegible]	[illegible]
Total	R$	[illegible]	100%

TARIFAS APLICADAS

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[redacted]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
VERIFICADO
07 JAN 2019

Seguradora S/A

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF: 6810389 SSP PE

CPF: 945.234.444-04

DATA NASCIMENTO: 26/07/1974

FILIAÇÃO: JOSE GOMES DE MOURA
ISMARTE PEREIRA DE MOURA

PERMISSÃO: [redacted]

ACC: [redacted]

CAT. HAB.: 3

Nº REGISTRO: 02278305873

VALIDADE: 23/11/2022

1ª HABILITAÇÃO: 17/06/2002

OBSERVAÇÕES:

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1421884961

PROHIBIDO PLASTIFICAR
1421884961

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: SURUBIM - PE

DATA EMISSÃO: 10/04/2017

Carlos Andrew Souza Oliveira
Diretor Presidente
ASSINATURA DO EMISSOR

SJ286755000
PE079465271

PERNAMBUCO

celpe
neoenergia

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CLASSIFICAÇÃO

1814816018 11/2018

23/11/2018 18/12/2018

57,31

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE | PREÇO (R$) | VALOR (R$)

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR | TIPO DA MEDIÇÃO | ANTERIOR DATA | ANTERIOR LEITURA | ATUAL DATA | ATUAL LEITURA | Nº DE DIAS | CONSTANTE | KWH/KW | CONSUMO KWH

TARIFAS APLICADAS

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[redacted]

TENSÃO NOMINAL (V) | LIMITE DE VARIAÇÃO (V)

celpe
neoenergia

CONTA CONTRATO	REFERÊNCIA
7005749888	11/2018

Nº DA NOTA FISCAL	EMISSÃO	APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
	14/11/2018			10/12/2018

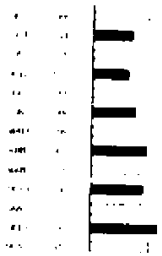
169,04

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R$)

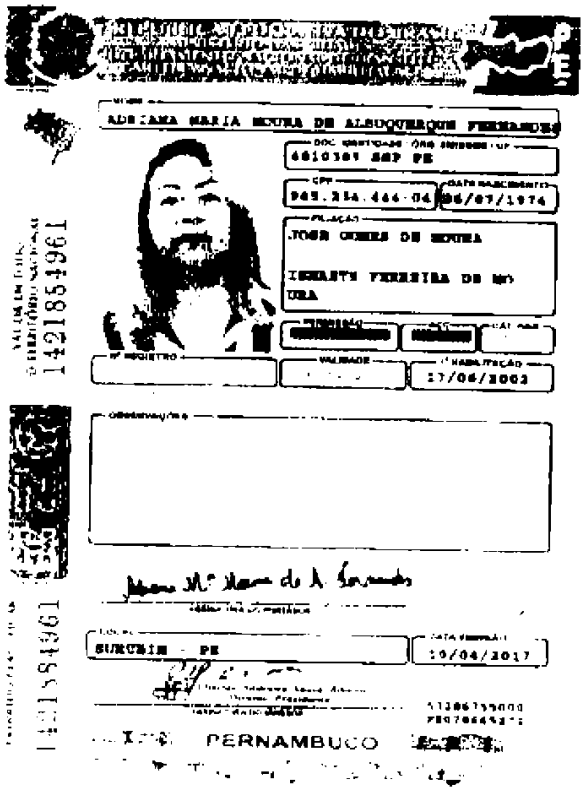
QUADRO DEMONSTRATIVO DE CONSUMO - NOTA FISCAL

MÊS/ANO	TIPO DA LEITURA	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO	MÉDIA	CONSUMO MÉD.



	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO ICMS
ICMS			

CONTRIBUIÇÃO DO CONSUMIDOR		
Transmissão		
Distribuição (Cemig)		
Perdas de Energia		
Energia Sem Leitura		
Tributos		
TOTAL		100%



Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP[1] 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**[2].

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

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA Mª MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.424.494 / 07, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.424.494 / 07 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

( ) Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

X Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CERTIFICADO
07 JAN 2019
Líder Seguradora S/A

Endereço		Número	Complemento
RUA JOÃO BATISTA		370	CASA
Bairro: CENTRO	Cidade: SURUBIM	Estado: PE	CEP: 55750-000
E-mail: AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR	Telefone comercial (DDD): (81) 9700-1998	Telefone celular (DDD): (81) 9161-3907	

SURUBIM/PE, 07 de JANEIRO de 2019
Local e Data

Adriana Mª M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

DLDPRL 001 V001/2017

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP[1] 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**[2].

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

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA Mª MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.424.494 / 07, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.424.494 / 07 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

(X) Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DOCUMENTAL
CERTIFICADO
07 JAN 2019
Líder Seguradora S/A
Av. Rio Branco, 115 Loja 6
Centro - Rio de Janeiro - RJ

Endereço		Número	Complemento
RUA JOÃO BATISTA		370	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	SURUBIM	PE	55750-000
E-mail	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR	(81) 9700-1998	(81) 9161-3907	

SURUBIM PE, 07 de JANEIRO de 2019
Local e Data

Adriana Mª M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

DLDPRL 001 V001/2017

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

[illegible] **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** [illegible] 204 ou [illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro por entidades seguradoras, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas nos pagamentos de indenizações. Este cadastro deverá 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**.

[illegible]

Eu, [illegible] inscrito no CPF [illegible] [illegible] informações do Beneficiário [illegible] inscrito no CPF sob o nº [illegible] do sinistro de DPVAT cobertura [illegible] da Vítima [illegible] inscrito no CPF sob o nº [illegible] conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Sexo: F ☐ M ☐ Profissão: [illegible] Renda: [illegible] [illegible] dados informados

☐ Recusa informar

[illegible] DPVAT residindo no endereço abaixo, [illegible] inadimplente de residência no endereço informado.

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

[illegible]

[illegible] de [illegible] de [illegible]

[illegible]

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LUIZ MARCOS REIS DA SILVA,

RG nº 4.555.361, data de expedição 14/02/13, Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 879.941.784-72, com domicílio na cidade de SURUBIM, no Estado de PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) SITIO FURNAS, ZONA RURAL, nº, complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA cujo o condutor era JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 150 FAN EST
Ano: 2012
Placa: PFL 3812
Chassi: 9C2KC1670CR487890
Data do Acidente: 08/11/18
Local e Data: SURUBIM/PE 22/11/18

Luiz Marcos Reis da Silva
Assinatura do Declarante

2º Ofício

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
SEGURO
CONFERIDO
01 JAN 2019
Gente Seguradora S/A

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

2º TABELIONATO
TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE

2ª Tabelionato de Notas de Surubim - PE

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LUIZ MARCOS REIS DA SILVA,

RG nº 4.555.361, data de expedição 14/02/13, Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 879.941.784-72, com domicílio na cidade de SURUBIM, no Estado de PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) SITIO FURNAS, ZONA RURAL, nº, complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA cujo o condutor era JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 150 FAN EST
Ano: 2012
Placa: PFL 3812
Chassi: 9C2KC1670CR487890
Data do Acidente: 08/11/18
Local e Data: SURUBIM-PE 22/11/18

Luiz Marcos Reis da Silva
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
SEGURO DPVAT
RECEBIDO
01 JAN 2019
Gente Seguradora S/A

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

2º Ofício

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE

2ª Tabelionato de Notas de Surubim - PE

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu [illegible]

RG nº [illegible] data de expedição [illegible]
Órgão [illegible] portador do CPF nº [illegible] com
domicílio na cidade de [illegible] no Estado de
[illegible] onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
[illegible] nº [illegible]
complemento [illegible] declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima [illegible] o condutor era
[illegible]

Veículo [illegible]
Modelo [illegible]
Ano [illegible]
Placa [illegible]
Chassi [illegible]
Data do Acidente [illegible]
Local e Data [illegible]

[illegible]
Assinatura do Declarante

[illegible]
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SCRUBAMPF

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
Dr. Gentil Augusto de Miranda

PREFEITURA DE SURUBIM

- DECLARAÇÃO –

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que o Sr. Jeová Severino Santiago da Silva. 32 anos, filho de Maria Petronila Santiago da Silva, residente à Capoeira do milho S/N°, na Zona Rural desta Cidade. Solicitou no dia 14/11/2018 cópia do seu prontuário devido acidente motociclístico. Atendido na instituição Hospitalar Unidade de Pronto Atendimento Dr. Gentil Augusto de Miranda UPA 24 horas de Surubim, no dia 08/11/2018 pelo médico plantonista Dr. Karlo Felipe Elias Alves. **CRM/PE 24.898**

DEPTO. DE SINISTROS
07 JAN 2019
Gente Seguradora S/A

Surubim, 14 de novembro de 2018.

José [illegible] de Lima
Hospital Municipal de Surubim

Ionara Soares de Andrade Silva
SAME

Renice Barros da Silva
Recebido
RG 4980353

3IM - FUNDO MUNCIPAL DE SAÚDE
4H DR GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA

TIM DE EMERGÊNCIA **Cor/Raça:** PARDA **Nº OCORRÊNCIA:** 00040378

cuário: 26768 **CNS:** 898003734642533 **Idade:** 32 Anos 2 Meses **Sexo:** MASCULINO
e: JEOVÁ SEVERINO SANTIAGO DA SILVA **Nascimento:** 08/09/1986 **Est.Civil:** SOLTEIRO
CAPOEIRA DO MILHO **Nº:** **Bairro:** ZONA RURAL **CEP:** 55750000
de: SURUBIM **Nac.:** **Doc nº:** 7688048
MARIA PETRONILA SANTIAGO DA SILVA **Pai:** SEVERINO ARCANJO DA SILVA
ssão: **Responsável:**

nas Ocorrências:

:	**Hora:**	**Nº Ocorrência:**	**Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:**
9/2018	09:51	00033281	ECG
6/2018	13:44	00019881	PACT APRESENTA FERIMENTO EM MID DEVIDO QUEIMADURA NA MOTO + 8 DIAS. C
3/2018	12:32	00002354	EXAMES

CONSULTA: **URGÊNCIA ( )** **NÃO URGÊNCIA ( )** **EMERGÊNCIA ( )** **ACIDENTE TRABALHO ( )** **ACIDENTE TRÂNSITO ( )**

ORÁRIO:	**P.A.**	**FC**	**PULSO**	**PESO**	**ASSINATURA**

IXAS / DIAGNÓSTICO:
Queixa sobre Acidente de motocicleta com fratura na perna direita.

TRATAMENTO:
Dipirona Ortopedia
Carlo Barbosa
CRM
Medico

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DOCUMENTO VERIFICADO
07 JAN 2020
Gente Seguradora S/A
Av. Rio Branco, 115 - andar 5
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20040-004

Gema: 555246

AMES COMPLEMENTARES:
MRP

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:
Fratura de clavícula direita.

CID:

ITIVO DA SAÍDA:
SIDÊNCIA [ ] INTERNADO [ ]
STIFICATIVA:

[ ] CURATIVO [ ] BÁSICO [ ] ESP
[ ] NEBULIZAÇÃO [ ] RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

NCAMINHADO:
EMOVIDO:
OBITO:
is ____ ___h _____m do dia _____

CONSULTAS /ATENDIMENTO MÉDICO:
[ ] URGÊNCIA BÁSICA [ ] URG. ESPECIALIZADA
[ ] OBS. BÁSICA [ ] OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM
HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	**TÉCNICO / CONSELHO**	**HORÁRIO**

ATA SAÍDA:
ORA SÁIDA:

ATA: 08/11/2018 15:39:56

RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIDA FAULA

IRM
INSTITUTO ROBERTO MATEUS

Ao INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL - INSS

Assunto: RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

0006114/19

*Atesto para os devidos fins previdenciários que a Sra. **JEOVÁ SEVERINO SANTIAGO DA SILVA**, 32 anos, gari, foi vítima de acidente de trânsito (queda de moto) que resultou em fratura do terço médio da clavícula direita em 08 de novembro de 2018. Encontra-se em acompanhamento médico com imobilização ortopédica. Há restrição de suas atividades laborativas, redução da capacidade do trabalho e comprometimento de sua qualidade de vida. Encontra-se impossibilitado de realizar suas atividades profissionais por tempo determinado pela perícia do INSS.*

CID 10: S 42.0

Sem mais para o momento, renovamos a nossa expressão da mais elevada consideração e apreço, nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Certos de vossa atenção.

Atenciosamente,

ROBERTO MATEUS
ORTOPEDIA
CRM 11695

ROBERTO DO NASCIMENTO MATEUS – CREMEPE: 11695.

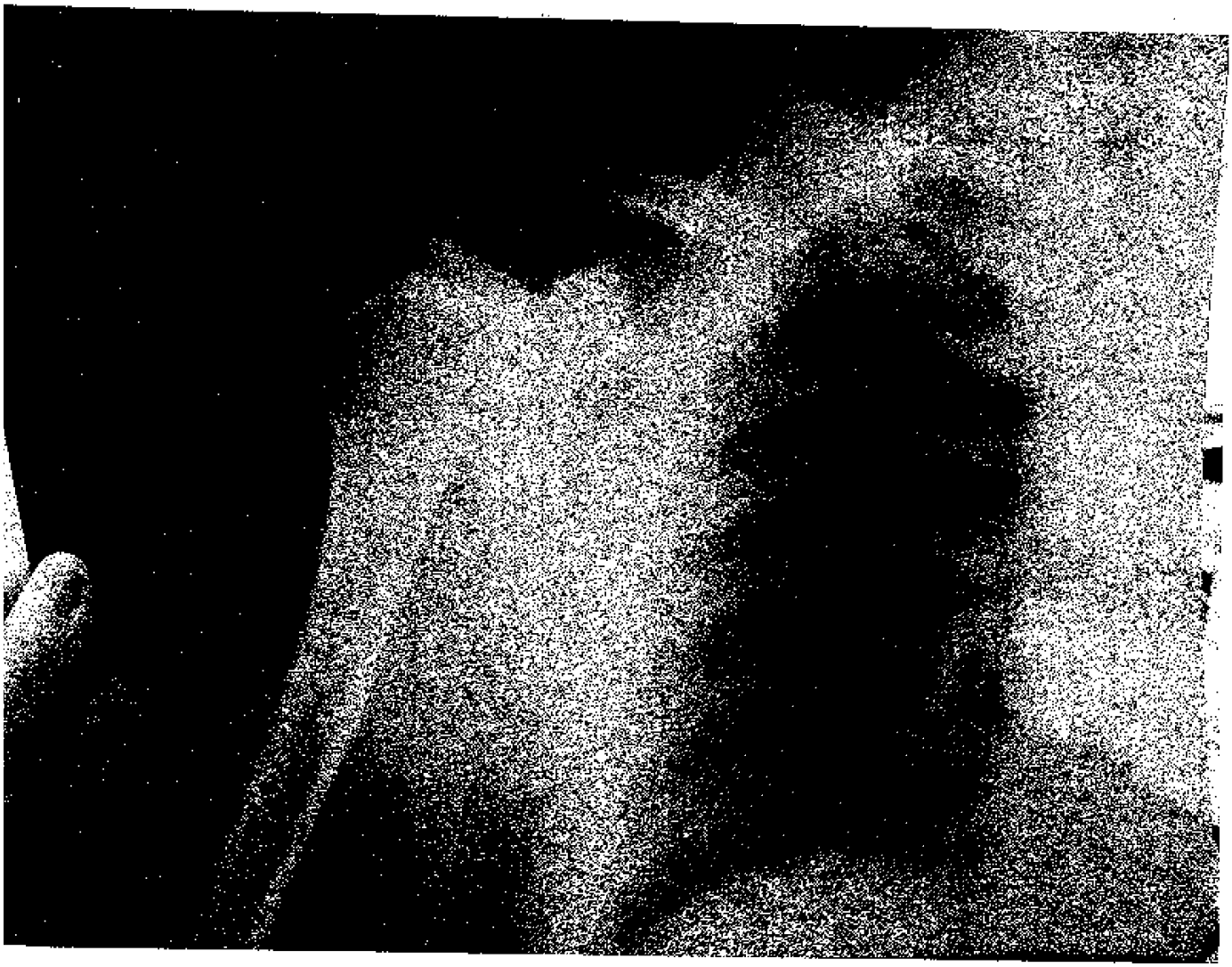
Surubim, 20 de novembro de 2018

10:54:52

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
ESPECIAL
15 JAN 2019
Gerling Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, Rio Lote 5
Graças - Recife/PE 52011-040

Rua Antônio Medeiros Sobrinho, 40
Cabaceira - Surubim/PE
Fones: (81) 3634.1390 / 3634.1715
www.institutorobertomateus.com.br

0041361/19
502612



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEVJAT
VERIFICADO
04 FEV 2019
Gerite Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

IRM
INSTITUTO ROBERTO MATEUS

Ao INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL - INSS

Assunto: RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

0006114/19

*Atesto para os devidos fins previdenciários que a Sra. **JEOVÁ SEVERINO SANTIAGO DA SILVA**, 32 anos, gari, foi vítima de acidente de trânsito (queda de moto) que resultou em fratura do terço médio da clavícula direita em 08 de novembro de 2018. Encontra-se em acompanhamento médico com imobilização ortopédica. Há restrição de suas atividades laborativas, redução da capacidade do trabalho e comprometimento de sua qualidade de vida. Encontra-se impossibilitado de realizar suas atividades profissionais por tempo determinado pela perícia do INSS.*

CID 10: S 42.0

Sem mais para o momento, renovamos a nossa expressão da mais elevada consideração e apreço, nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Certos de vossa atenção.

Atenciosamente,

ROBERTO MATEUS
ORTOPEDIA
CRM 11695

ROBERTO DO NASCIMENTO MATEUS – CREMEPE: 11695.

Surubim, 20 de novembro de 2018

10:54:52

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
ESPECIAL
15 JAN 2019
Gerling Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, Rio Lote 5
Gragoatá - Niterói - RJ - CEP 24210-040

Rua Antônio Medeiros Sobrinho, 40
Cabaceira - Surubim/PE
Fones: (81) 3634.1390 / 3634.1715
www.institutorobertomateus.com.br

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
Dr. Gentil Augusto de Miranda

PREFEITURA DE SURUBIM

- DECLARAÇÃO –

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que o Sr. Jeová Severino Santiago da Silva. 32 anos, filho de Maria Petronila Santiago da Silva, residente à Capoeira do milho S/Nº, na Zona Rural desta Cidade. Solicitou no dia 14/11/2018 cópia do seu prontuário devido acidente motociclístico. Atendido na instituição Hospitalar Unidade de Pronto Atendimento Dr. Gentil Augusto de Miranda UPA 24 horas de Surubim, no dia 08/11/2018 pelo médico plantonista Dr. Karlo Felipe Elias Alves. **CRM/PE 24.898**

Gente Seguradora SIA
07 JAN 2019

Surubim, 14 de novembro de 2018.

José [illegible] de Lima
Hospital Municipal de Surubim

Ionara Soares de Andrade Silva
SAME

Renice Barros da Silva
Recebido
RG 4190353

3IM - FUNDO MUNCIPAL DE SAÚDE
4H DR GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA

TIM DE EMERGÊNCIA **Cor/Raça:** PARDA **Nº OCORRÊNCIA:** 00040378

cuário: 26768 **CNS:** 898003734642533 **Idade:** 32 Anos 2 Meses **Sexo:** MASCULINO
e: JEOVÁ SEVERINO SANTIAGO DA SILVA **Nascimento:** 08/09/1986 **Est.Civil:** SOLTEIRO
CAPOEIRA DO MILHO **Nº:** **Bairro:** ZONA RURAL **CEP:** 55750000
de:SURUBIM **Nac.:** **Doc nº:** 7688048
MARIA PETRONILA SANTIAGO DA SILVA **Pai:** SEVERINO ARCANJO DA SILVA
ssão: **Responsável:**

nas Ocorrências:

:	**Hora:**	**Nº Ocorrência:**	**Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:**
9/2018	09:51	00033281	ECG
6/2018	13:44	00019881	PACT APRESENTA FERIMENTO EM MID DEVIDO QUEIMADURA NA MOTO + 8 DIAS. C
3/2018	12:32	00002354	EXAMES

CONSULTA: URGÊNCIA ( ) NÃO URGÊNCIA ( ) EMERGÊNCIA ( ) ACIDENTE TRABALHO ( ) ACIDENTE TRÂNSITO ( )

ORÁRIO:	**P.A.**	**FC**	**PULSO**	**PESO**	**ASSINATURA**

IXAS / DIAGNÓSTICO:
Queixa sobre Acidente de motocicleta com fratura na mão direita.

TRATAMENTO:
Dipirona Gotas
Carlo Barbosa
CRM
MÉDICO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DOCUMENTO VERIFICADO
07 JAN 2019
Gente Seguradora S/A

Gema: 555246

AMES COMPLEMENTARES:
MRP

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:
Fratura de clavícula direita.

CID:

ITIVO DA SAÍDA:
IDÊNCIA ( ) INTERNADO ( )
TIFICATIVA:

( ) CURATIVO ( ) BÁSICO ( ) ESP
( ) NEBULIZAÇÃO ( ) RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

NCAMINHADO:
EMOVIDO:
OBITO:
is ____ ___h _____m do dia _____

CONSULTAS /ATENDIMENTO MÉDICO:
( ) URGÊNCIA BÁSICA ( ) URG. ESPECIALIZADA
( ) OBS. BÁSICA ( ) OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM
HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	**TÉCNICO / CONSELHO**	**HORÁRIO**

ATA SÁIDA:
ORA SÁIDA:

ATA: 08/11/2018 15:39:56

RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIDA FAULA

IM - FUNDO MUNCIPAL DE SAÚDE
IH DR. GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA

ITIM DE EMERGÊNCIA **Nº OCORRÊNCIA:** 00040378

uário: 26768 **CNS:** 898003734642533 **Cor/Raça:** PARDA **Idade:** 32 Anos 2 Meses **Sexo:** MASCULINO
Nascimento: 08/09/1986 **Est.Civil:** SOLTEIRO
: JEOVÁ SEVERINO SANTIAGO DA SILVA **Nº:** **Bairro:** ZONA RURAL **CEP:** 55750000
CAPOEIRA DO MILHO **Nac.:** **Doc nº:** 7688048
de: SURUBIM **Pai:** SEVERINO ARCANJO DA SILVA
MARIA PETRONILA SANTIAGO DA SILVA **Responsável:**

ssão:

nas Ocorrências:

I:	Hora:	Nº Ocorrência:	Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:
9/2018	09:51	00033281	ECG
6/2018	13:44	00019881	PACT APRESENTA FERIMENTO EM MID DEVIDO QUEIMADURA NA MOTO + 8 DIAS C
3/2018	12:32	00002354	EXAMES

CONSULTA: URGÊNCIA ( ) NÃO URGÊNCIA ( ) EMERGÊNCIA ( ) ACIDENTE TRABALHO ( ) ACIDENTE TRÂNSITO ( )

ORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

IXAS / DIAGNÓSTICO:

TRATAMENTO:

IMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: **CID:**

TÉCNICO / COREN

ITIVO DA SAÍDA:
SIDÊNCIA ( ) INTERNADO ( ) CURATIVO ( ) BÁSICO ( ) ESP
( ) NEBULIZAÇÃO ( ) RETIRADA DE PONTO

STIFICATIVA:

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:
( ) URGÊNCIA BÁSICA ( ) URG. ESPECIALIZADA
( ) OBS. BÁSICA ( ) OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM

HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIDA PAULA

08/11/2018 15:29:56

PREFEITURA DE SURUBIM

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
Dr. Genio Augusto de Medeiros

RECEITUÁRIO

Nome:

[illegible]

Dr. Flavio Felipe Elias Alves
Médico
CRM - PE 24894

Data: [illegible]

Médico

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
Dr. Gentil Augusto de Miranda

PREFEITURA DE SURUBIM

- DECLARAÇÃO –

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que o Sr. Jeová Severino Santiago da Silva, 32 anos, filho de Maria Petronila Santiago da Silva, residente à Capoeira do milho S/N° na Zona Rural desta Cidade. Solicitou no dia 14/11/2018 cópia do seu prontuário devido acidente motociclístico. Atendido na instituição Hospitalar Unidade de Pronto Atendimento Dr. Gentil Augusto de Miranda UPA 24 horas de Surubim, no dia 08/11/2018, pelo médico plantonista Dr. Karlo Felipe Elias Alves. **CRM/PE 24.898**

Surubim, 14 de novembro de 2018

Hospital Municipal de Surubim

Ionara Soares de Andrade Silva
SAME

Renice Barros da Silva
Recebido
RG

celpe neoenergia

DADOS DO CLIENTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO: 7005749886

MÊS/ANO: 11/2018

DATA DE VENCIMENTO: 14/11/2018

TOTAL A PAGAR (R$): 10/12/2018

169,04

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
[illegible]	[illegible]	169,04

TOTAL DA FATURA 169,04

DETALHAMENTO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]

HISTÓRICO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES TÉCNICAS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
PIS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
COFINS	[illegible]	[illegible]	[illegible]

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R$	[illegible]	[illegible]
Transmissão	R$	[illegible]	[illegible]
Distribuição (Cargas)	R$	[illegible]	[illegible]
Perdas de Energia	R$	[illegible]	[illegible]
Encargos Setoriais	R$	[illegible]	[illegible]
Tributos	R$	[illegible]	[illegible]
Total	R$	[illegible]	100%

TARIFAS APLICADAS

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[redacted]

Assinatura qualificada

DEPARTAMENTO DE SINISTROS VERIFICADO

JAN 2019

Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF: 6810389 SSP PE

CPF: 945.234.444-04

DATA NASCIMENTO: 26/07/1974

FILIAÇÃO: JOSE GOMES DE MOURA

IZMARETE FERREIRA DE MOURA

PERMISSÃO: [redacted]

ACC: [redacted]

CAT. HAB.: 3

Nº REGISTRO: 02978305873

VALIDADE: 23/11/2022

1ª HABILITAÇÃO: 17/06/2002

OBSERVAÇÕES:

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1421884961

PROHIBIDO PLASTIFICAR

1421884961

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: SURUBIM - PE

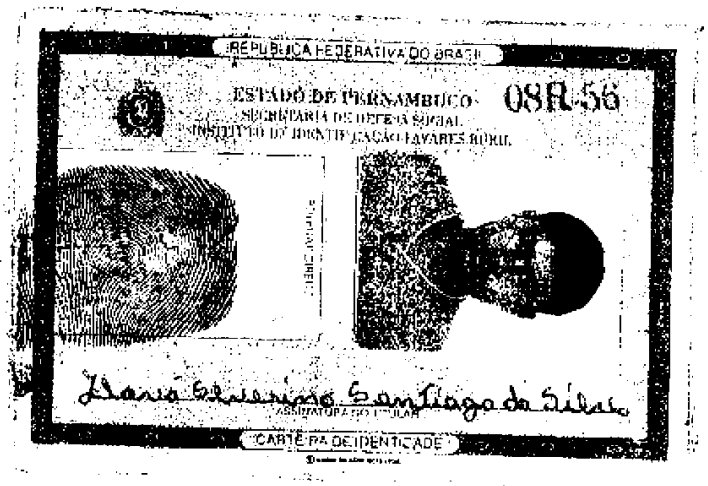
DATA EMISSÃO: 10/04/2017

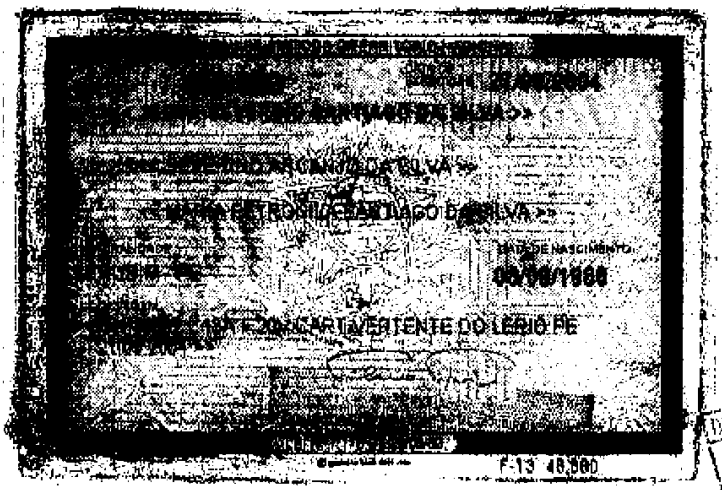
Carlos Andrew Souza Gomes
Diretor Presidente

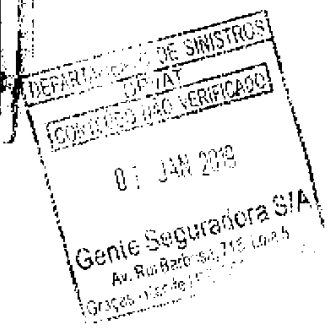
ASSINATURA DO EMISSOR

SJ286755000
PE079465271

PERNAMBUCO


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO
08R-56
CARTEIRA DE IDENTIDADE


DATA DE NASCIMENTO
F-13 48.000


DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONHECIMENTO NÃO VERIFICADO
01 JAN 2019
Genie Seguradora S/A


MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
CPF
073.424.494-07
JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA
08/09/1980

celpe
neoenergia

DADOS DO CLIENTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CLASSIFICAÇÃO

CONTA CONTRATO: 7005749886

MÊS/ANO: 11/2018

DATA DE VENCIMENTO: 14/11/2018

TOTAL A PAGAR (R$): 10/12/2018

169,04

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)

TOTAL DA FATURA 169,04

DETALHAMENTO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)

HISTÓRICO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES TÉCNICAS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR (R$)
ICMS			
PIS			
COFINS			

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia		
Transmissão		
Distribuição (Cargas)		
Perdas de Energia		
Encargos Setoriais		
Tributos		
Total		

TARIFAS APLICADAS

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[redacted]

Assinatura do portador

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
VERIFICADO
07 JAN 2019

Porto Seguradora S.A.

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. Iidentidade / Org. emissor / UF: 6810389 SSP PE

CPF: 945.234.444-04

DATA NASCIMENTO: 26/07/1974

FILIAÇÃO: JOSE GOMES DE MOURA
ISMARTE PEREIRA DE MOURA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.: 3

Nº REGISTRO: 02378305873

VALIDADE: 23/11/2022

1ª HABILITAÇÃO: 17/06/2002

OBSERVAÇÕES

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1421884961

PROHIBIDO PLASTIFICAR
1421884961

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: SURUBIM - PE

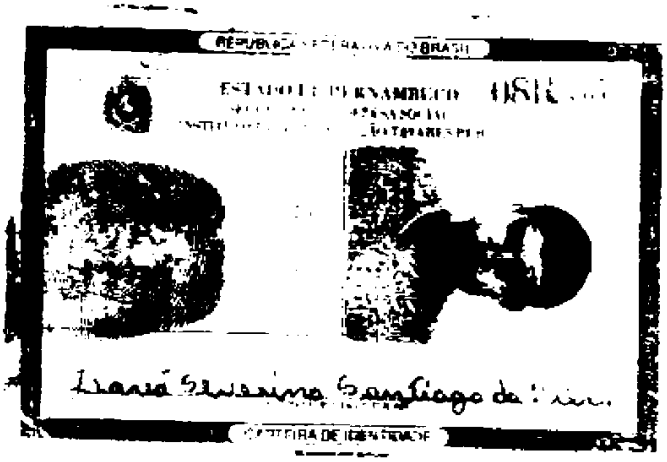
DATA EMISSÃO: 10/04/2017

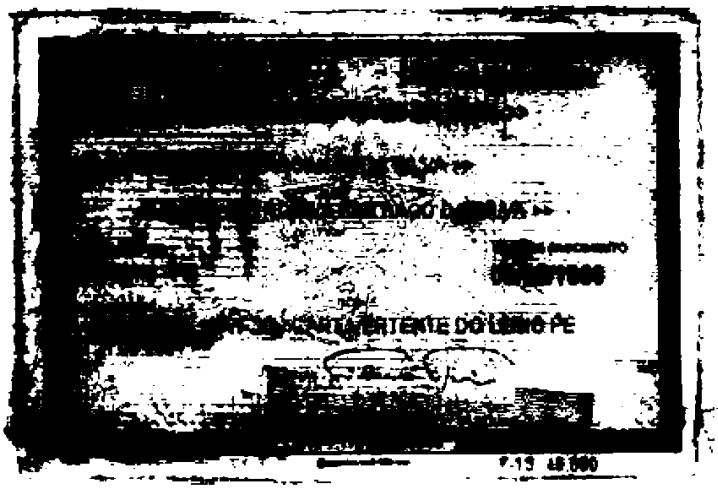
Carlos Andrew Souza Abreu
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

SJ286755000
PE079465271

PERNAMBUCO






Receita Federal
CPF
073.424.494-07

celpe
neoenergia

CONTA CONTRATO: 7005749888
REFERÊNCIA: 11/2018
14/11/2018
10/12/2018
169,04

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL | QUANTIDADE | PREÇO UNIT. | VALOR (R$)

DETALHAMENTO DA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

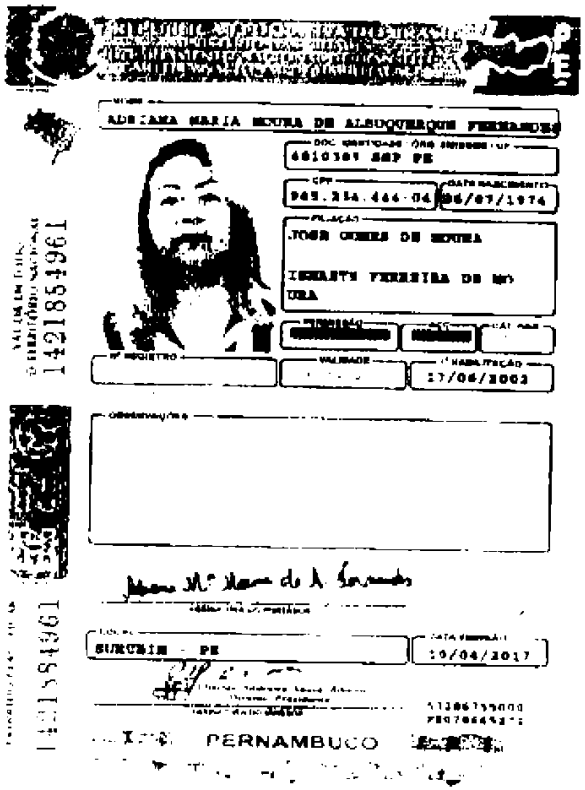
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA LEITURA	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	ABERTO	CONSUMO (kWh)

DEMONSTRATIVO DE CORREIOS - NOTA FISCAL

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS			
PIS			
COFINS			

Fornecimento		
Distribuição (Cosip)		
Perdas de Energia		
Energia Sem Leitura		
Iluminação		
TOTAL		100%

[redacted]



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 01372942458O

VIA	COD. RENAVAM	S.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	451728203	**********	2018

NOME
LUIZ MARCOS REIS DA SILVA
SURUBIM-PE

CPF / CNPJ	PLACA
879.941.784-72	PFL3812

PLACA ANT. / UF	CHASSI
********** PE	9C2KC1670CR487890

TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS /MOTOCICLETA	ALCO/GASOL

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 FAN ESI		

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/149CL	PARTIC	PRETA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
IPVA 2018 QUITADO		1ª **********
		2ª **********
		3ª **********

QTDE. I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS
1	**********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO			

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

LOCAL: SURUBIM
DATA: 06/02/18

Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

DEPOL
DOC
01 JAN 2019
Gente Segurança

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 01372942458O BILHETE DE SEGURO DPVAT
LUIZ MARCOS REIS DA SILVA
SITIO FURNAS 160 55750-000
LAGOA DA VACA SURUBIM-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	06/02/18

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	879.941.784-72	PFL3812

RENAVAM	MARCA / MODELO
451728203	HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB.	CAP. / POT. / CIL.	Nº CHASSI
2012	09	9C2KC1670CR487890

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNB (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL DO PAGAMENTO (R$)
SEGURO PAGO		

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATÓRIO.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 01372942458O

VIA	COD. RENAVAM	S.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	451728203	**********	2018

NOME: LUIZ MARCOS REIS DA SILVA
SURUBIM-PE

CPF / CNPJ	PLACA
879.941.784-72	PFL3812

PLACA ANT. / UF	CHASSI
********** PE	9C2KC1670CR487890

ESPÉCIE	COMBUSTÍVEL
PAS /MOTOCICLETA	ALCO/GASOL

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 FAN ESI	2012	2012

CAP / POT / CC	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/149CL	PARTIC	PRETA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
IPVA 2018 QUITADO		1ª **********
		2ª **********
		3ª **********

PARCELA 1 I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS
1	**********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO			

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

LOCAL	DATA
SURUBIM	06/02/18

Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 01372942458O BILHETE DE SEGURO DPVAT
LUIZ MARCOS REIS DA SILVA
SITIO FURNAS 160 55750-000
LAGOA DA VACA SURUBIM-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	06/02/18

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	879.941.784-72	PFL3812

RENAVAM	MARCA / MODELO
451728203	HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB.	CAPACIDADE	Nº CHASSI
2012	09	9C2KC1670CR487890

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNB (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)

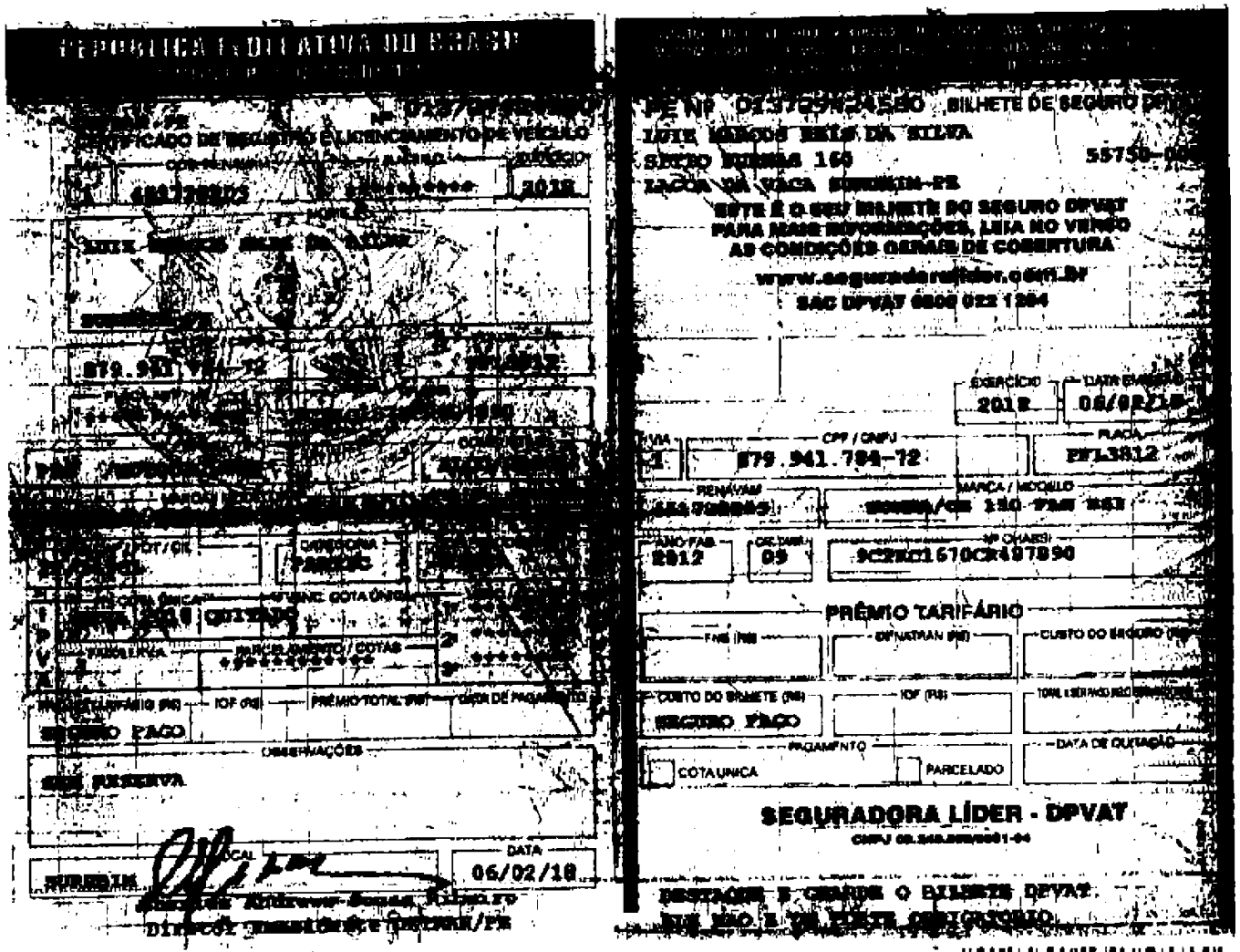
CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL DO PAGAMENTO (R$)
SEGURO PAGO		

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATÓRIO.

DEPOL
DOC
01 JAN 2019
Gente Segurança



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

EXERCÍCIO 2018

CPF/CIC

CARROCERIA

VARGINHA

PARCELAMENTO / COTAS

IOF (R$)

PRÊMIO TOTAL

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

LOCAL

DATA 06/02/18

DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

BILHETE DE SEGURO DPVAT

LUIZ MARCOS REIS DA SILVA

SERTÃO BURNA 160

LAGOA DA VACA SERRALIN-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018

DATA EMISSÃO 06/02/18

VIA 1

CPF / CNPJ 879.941.784-72

PLACA PFL3812

RENAVAM

MARCA / MODELO

ANO FAB 2012

CR DAM 09

Nº CHASSI 9C2KC1670CR497890

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R$)

DPVAT/RAN (R$)

CUSTO DO SEGURO (R$)

CUSTO DO BILHETE (R$)

IOF (R$)

TOTAL A SERVIÇO DO SEGURADO

SEGURO PAGO

PAGAMENTO

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTACAR E GUARDAR O BILHETE DPVAT

NÃO É DE PORTE OBRIGATÓRIO