



04/06/2020

Número: **0000311-55.2020.8.17.2260**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Belo Jardim**

Última distribuição : **26/02/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAFAEL VALDIVINO DA SILVA (AUTOR)		AMARA CRISTINA RAMOS ALVES DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63014861	04/06/2020 15:16	2724372_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BELO JARDIM/PE

Processo: 00003115520208172260

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."

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 **RAFAEL VALDIVINO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexo causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que, além da parte autora não apresentar boletim de primeiro atendimento, também deixa de comprovar aos autos qualquer acompanhamento ou tratamento médico após o alegado acidente capaz de atestar a invalidez permanente aduzida.

Cumprando esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



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.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DOCUMENTO IMPRESCINDÍVEL AO EXAME DA QUESTÃO

(REGISTRO DA OCORRÊNCIA NO ÓRGÃO POLICIAL COMPETENTE)

Constata-se, pela síntese dos fatos narrados na exordial, que a parte autoral pretende que o seguro DPVAT no suposto acidente noticiado.

O parágrafo 1º, do art. 5º da lei n.º 6.194/74 é claro, e exige para que o beneficiário possa ter o direito de pleitear a indenização relativa ao seguro obrigatório de veículo a apresentação de determinados documentos.

Com efeito, verifica-se que a parte Autora deixar de apresentar o **registro da ocorrência policial, documento imprescindível para comprovação da ocorrência do acidente e do nexo de causalidade**.

Essa prova documental incumbe à parte autoral, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supratranscrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373 do CPC.

Assim, merece a presente demanda seja julgada extinta com resolução do mérito, na forma do art. 485, inciso I, da Lei Processual Civil.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;



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, CPC³.

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.

- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**⁴.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Compulsando os documentos acostados à exordial, podemos perceber a ausência de boletim de primeiro atendimento e de qualquer acompanhamento ou tratamento médico capaz de atestar a invalidez permanente alegada pela parte autora.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo⁵.

³“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)

⁴“SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT. (TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)

⁵“APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPOSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)



Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **07/09/2017**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº



6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁶.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, 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.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁷.

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.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, 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 ao Autor, 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 em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.350,00 (UM MIL E TREZENTOS E CINQUENTA REAIS)**.

⁶ 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.

⁷ **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.”



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 citação⁸.

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 ação⁹

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.

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

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial 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, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Súmula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários 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;

⁸“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁹art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio 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 exposto 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,

BELO JARDIM, 28 de maio de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



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 esfinteriano; (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	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 superiores e/ou de uma das mãos					
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/CE 27.954-A, **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 **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **RAFAEL VALDIVINO DA SILVA**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **BELO JARDIM**, nos autos do Processo nº 00003115520208172260.

Rio de Janeiro, 28 de maio 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

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





04/06/2020

Número: **0000311-55.2020.8.17.2260**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Belo Jardim**

Última distribuição : **26/02/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAFAEL VALDIVINO DA SILVA (AUTOR)		AMARA CRISTINA RAMOS ALVES DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63014863	04/06/2020 15:16	ANEXO 1	Outros (Documento)

Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rafael Valdirino da Silva

RG nº 9.296.340, data de expedição 12/09/11, Órgão SSS/PE,

CPF nº 112.455.754-73, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Anhumas</u>
Número	<u>5511</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Jose B. Maciel</u>
Cidade	<u>Belo Jardim</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55150-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 3726-4929</u>
E-mail	<u>~~~~~</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Belo Jardim, 28.12.17

Assinatura do Declarante: Rafael Valdirino da Silva





União Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 2004/02
CONTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista - Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ 10.825.822/0001-04 | Ins. Est. 005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSE MARTELLI DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
ST 118, 22-5 2211

CPF 900.617.134-49

BELO JARDIM MILA JOSE BIANCHIEL
BELO JARDIM ME
55150-000

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTABILIZADA	02/2017
4000369603	
DATA DE VENCIMENTO	10/02/2017
DATA DE PAGAMENTO	07/03/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)	52,17

CPF DO CLIENTE	900.617.134-49
CPF DO CLIENTE	900.617.134-49
CPF DO CLIENTE	900.617.134-49

DISTRIBUIÇÃO DA NOVA FISCAL			
CONSUMO (kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	77.0000000	0,51183182	47,03
Contribuição para o Serviço Público			2,82
ICMS Substituído - COE-F 00025822-06/12/11			4,23
Contribuição CEMPE - (061) 8125-8926			7,00

TOTAL DA FATURA

52,17

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DA NOVA FISCAL									
PERÍODO	TIPO DA FATURA	DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR	TIPO DE CONTADOR	TIPO DE TENSÃO	TIPO DE TENSÃO
02/2017	02/2017	02/2017	02/2017	77.0000000	0,51183182	47,03	02/2017	02/2017	02/2017

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TENSÃO		CONTRIBUIÇÃO DO CONSUMO					
PERÍODO	TIPO DA FATURA	DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR	TIPO DE CONTADOR	TIPO DE TENSÃO	TIPO DE TENSÃO
02/2017	02/2017	02/2017	02/2017	77.0000000	0,51183182	47,03	02/2017	02/2017	02/2017

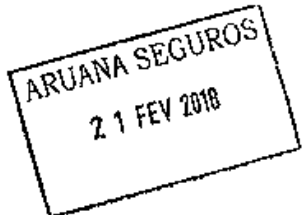
INFORMAÇÕES IMPORTANTES
A fatura de energia elétrica é emitida pela Companhia Energética de Pernambuco (CEPEL) e é válida para o pagamento da conta de energia elétrica. A fatura de energia elétrica é emitida pela Companhia Energética de Pernambuco (CEPEL) e é válida para o pagamento da conta de energia elétrica. A fatura de energia elétrica é emitida pela Companhia Energética de Pernambuco (CEPEL) e é válida para o pagamento da conta de energia elétrica.

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO					
Consulte aqui o valor devido e o prazo para pagamento					
Período	Legenda	Valor	Limite	Prorrogável	Valor
02/2017	02/2017	52,51	14,71	0	67,22
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71	0	64,47
01/2017	01/2017	49,76	14,71		

DISTRIBUIÇÃO DA NOVA FISCAL				TENSÃO DE TENSÃO	
CONSUMO (kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)	TIPO DE CONTADOR	TIPO DE TENSÃO
Consumo Ativo (kWh)	77.0000000	0,51183182	47,03	02/2017	02/2017

TOTAL A PAGAR (R\$) 52,17

83800000000-9 52170011004-0 00036960310-9 06196943563-2



Comprovante de residência



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1335074953

Nota Fiscal (Parada) (Conta de Energia Elétrica)

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.235.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 0800 282 5559

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE CARLA MARIA FIRMINO MELO	DATA DE VENCIMENTO 18/05/2017	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 11/05/2017	CONTA CONTRATO 7009352010
ENDEREÇO RUA NUMERIANO A BEZERRA 37 - GARAGEM - BOA VISTA/BELO JARDIM -55150-020 BELO JARDIM PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 44,96	DATA DA APRESENTAÇÃO 11/05/2017	CLASSIFICAÇÃO COMERCIAL Monofásico B3
PERÍODO CONSUMO 11/04/2017 a 11/05/2017	CONSUMO 30	NÚMERO DA NOTA FISCAL 001386316	
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 4,76			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO		

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 7009352010	MÊS/ANO 05/2017	TOTAL A PAGAR R\$ 44,96	VENCIMENTO 18/05/2017	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
838100000000 449600110077 009352010103 077930758836				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



ARUANA SEGUROS
21 FEV 2018



Comprovante de residência



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-63



www.celpe.com.br

Tarifa Social da Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao cliente audível ou de fax: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0187-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

NOME MONTEIRO DA SILVA
CPF: 000.517.134-49

DATA DE VENCIMENTO

15/12/2017

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

09/12/2017

CONTA CONTRATO

004000369603

DATA DA APRESENTAÇÃO

09/12/2017

Nº DO CLIENTE

7001504328

NÚMERO DA NOTA FISCAL

00033781

Nº DA INSTALAÇÃO

0000320075

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,46

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVAÇÃO AO FISCO

1041.8022.8FD1.BBD6.0C6C.A7B0.404E.2CC5

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo kWh		0,00556165	0,00
ICMS Subvenção-CDE-UF 00621343-960917			0,46
TOTAL DA FATURA			0,46

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia elétrica(s):

Vencido	De Rece	Valor	Vencido	De Rece	Valor
11/05/17	09/12/17	31,18	12/05/17	05/07/17	21,25
13/07/17	04/08/17	57,83	11/05/17	12/06/17	47,57

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem
como poderá ocorrer em decorrência das medidas de restrição de crédito no SPQ e CERRA, a
com abrangência nacional. Esta comunicação não substitui o aviso de débitos anteriores, bem
como não abrangendo débitos em discussão judicial que poderão ser notificados após o fim do
processo.

Tariffas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo Ativo kWh	0,00369603
DEZ 17	0
NOV 17	0
OUT 17	0
SET 17	0,00369603
AGO 17	0,00369603
JUL 17	0,00369603
JUN 17	0,00369603
MAY 17	0,00369603
ABR 17	0,00369603
MAR 17	0,00369603
FEB 17	0,00369603
JAN 17	0,00369603
DEZ 16	0,00369603

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0.00		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4.15	0.00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

CONTAS DE CREDITO - FOLHA DE PAGAMENTO									
NUMERO DO MÊS	ANO DA FOLHA	ANTERIOR		ATUAL		Nº OVAS	CONSTANTE	ALÍQUOTA	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
ND35528	CAT	07/11/2017	10 528,00	08/12/2017	10 528,00	32	1,00000	0,00	0,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 09/01/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	DURAÇÃO	VALOR APURADO	MÉDIA ANUAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA MENSAL
OTC-Medida técnica para Energia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Filho da rede para Energia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OTC-Interrupção elétrica de manutenção	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OTC-Interrupção de manutenção sem aviso	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OTC-Interrupção de manutenção com aviso	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OTC-Interrupção de manutenção sem aviso	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OTC-Interrupção de manutenção com aviso	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

No data de leitura e bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão do fornecimento.
Pagou em atraso gera multa 24%(Resolução ANEEL) sobre o valor do débito e atualização monetária no pré. más
Resolução do ICMS conforme ANS, XLVIII, e, 2, da RCMSP-SP.
O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento.
Podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	230
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	ETIQUETA DE PAGAMENTO
004000369603	12/2017	0,46	15/12/2017	

Evite dobrar, rasgar ou danificar esta etiqueta.
Esta etiqueta será usada em leitora ótica.

ARUANA SEGUROS
15 MAR 2018



Comprovação de residência



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA																																																																																																																																					
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP: 50050-002 CNPJ: 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0005943-03		 celpe Grupo Macenergia www.celpe.com.br																																																																																																																																			
Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 116 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 Ouvidoria 0800 282 5598 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 187-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis																																																																																																																																					
DADOS DO CLIENTE CARLA MARIA FIRMINO MELO CPF: 076.729.044-29		DATA DE VENCIMENTO 10/01/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 61,87																																																																																																																																			
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA NUMERIANO A BEZERRA 37 - GARAGEM BOA VISTA/BELO JARDIM 53190-020 BELO JARDIM PE		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 15/12/2017 DATA DA APRESENTAÇÃO 03/01/2018 NÚMERO DA NOTA FISCAL 007009352010																																																																																																																																			
CLASSIFICAÇÃO B3 COMERCIAL - COMERCIAL Monofásico		RESERVADO AO FISCO 2AA2.D469.B02F.B342.A395.328B.BF7E.BC98																																																																																																																																			
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL																																																																																																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>QUANTIDADE</th> <th>PREÇO</th> <th>VALOR (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo(kWh)</td> <td>30,00</td> <td>0,69581727</td> <td>20,88</td> </tr> <tr> <td>Adesão Bandeira VERMELHA</td> <td></td> <td></td> <td>1,71</td> </tr> <tr> <td>Contribuição Iluminação Pública</td> <td></td> <td></td> <td>3,31</td> </tr> <tr> <td>ICMS Subvenção CDE-MF 601450856-14/10/17</td> <td></td> <td></td> <td>0,17</td> </tr> <tr> <td>Reposição da Unidade Consumidora</td> <td></td> <td></td> <td>7,43</td> </tr> <tr> <td>Multa por atraso-MF 001450856 - 14/10/17</td> <td></td> <td></td> <td>0,41</td> </tr> <tr> <td>Multa por atraso-MF 001450856 - 14/11/17</td> <td></td> <td></td> <td>0,45</td> </tr> <tr> <td>Juros por atraso-MF 001450856 - 14/11/17</td> <td></td> <td></td> <td>0,16</td> </tr> <tr> <td>Juros por atraso-MF 001450856 - 14/10/17</td> <td></td> <td></td> <td>0,38</td> </tr> <tr> <td>Atualização IGPM-MF 001450856 - 14/11/17</td> <td></td> <td></td> <td>0,07</td> </tr> <tr> <td>Atualização IGPM-MF 001450856 - 14/10/17</td> <td></td> <td></td> <td>0,17</td> </tr> <tr> <td>Doação APAE - 0800 722 2723</td> <td></td> <td></td> <td>7,00</td> </tr> <tr> <td>Doação LBY - 0800 050 3098</td> <td></td> <td></td> <td>20,00</td> </tr> <tr> <td>TOTAL DA FATURA</td> <td></td> <td></td> <td>61,87</td> </tr> </tbody> </table>		DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	Consumo Ativo(kWh)	30,00	0,69581727	20,88	Adesão Bandeira VERMELHA			1,71	Contribuição Iluminação Pública			3,31	ICMS Subvenção CDE-MF 601450856-14/10/17			0,17	Reposição da Unidade Consumidora			7,43	Multa por atraso-MF 001450856 - 14/10/17			0,41	Multa por atraso-MF 001450856 - 14/11/17			0,45	Juros por atraso-MF 001450856 - 14/11/17			0,16	Juros por atraso-MF 001450856 - 14/10/17			0,38	Atualização IGPM-MF 001450856 - 14/11/17			0,07	Atualização IGPM-MF 001450856 - 14/10/17			0,17	Doação APAE - 0800 722 2723			7,00	Doação LBY - 0800 050 3098			20,00	TOTAL DA FATURA			61,87	Índice Aplicados Consumo Ativo(kWh) 0,69581727																																																																							
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)																																																																																																																																		
Consumo Ativo(kWh)	30,00	0,69581727	20,88																																																																																																																																		
Adesão Bandeira VERMELHA			1,71																																																																																																																																		
Contribuição Iluminação Pública			3,31																																																																																																																																		
ICMS Subvenção CDE-MF 601450856-14/10/17			0,17																																																																																																																																		
Reposição da Unidade Consumidora			7,43																																																																																																																																		
Multa por atraso-MF 001450856 - 14/10/17			0,41																																																																																																																																		
Multa por atraso-MF 001450856 - 14/11/17			0,45																																																																																																																																		
Juros por atraso-MF 001450856 - 14/11/17			0,16																																																																																																																																		
Juros por atraso-MF 001450856 - 14/10/17			0,38																																																																																																																																		
Atualização IGPM-MF 001450856 - 14/11/17			0,07																																																																																																																																		
Atualização IGPM-MF 001450856 - 14/10/17			0,17																																																																																																																																		
Doação APAE - 0800 722 2723			7,00																																																																																																																																		
Doação LBY - 0800 050 3098			20,00																																																																																																																																		
TOTAL DA FATURA			61,87																																																																																																																																		
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		HISTÓRICO DO CONSUMO																																																																																																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">ICMS</th> <th colspan="2">PIS</th> <th colspan="2">COFINS</th> </tr> <tr> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>22,31</td> <td>25,00</td> <td>5,57</td> <td>22,31</td> <td>0,30</td> <td>0,67</td> </tr> </tbody> </table>		ICMS		PIS		COFINS		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	22,31	25,00	5,57	22,31	0,30	0,67	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PERÍODO</th> <th>CONSUMO</th> <th>VALOR</th> <th>VALOR</th> <th>VALOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DEC 17</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> <tr> <td>NOV 17</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> <tr> <td>OUT 17</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> <tr> <td>SET 17</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> <tr> <td>AUG 17</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> <tr> <td>JUL 17</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> <tr> <td>JUN 17</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> <tr> <td>MAY 17</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> <tr> <td>ABR 17</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> <tr> <td>MAR 17</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> <tr> <td>FEV 17</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> <tr> <td>JAN 17</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> <tr> <td>DEC 16</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> </tbody> </table>		PERÍODO	CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	DEC 17	30,00	20,88	1,71	3,31	NOV 17	30,00	20,88	1,71	3,31	OUT 17	30,00	20,88	1,71	3,31	SET 17	30,00	20,88	1,71	3,31	AUG 17	30,00	20,88	1,71	3,31	JUL 17	30,00	20,88	1,71	3,31	JUN 17	30,00	20,88	1,71	3,31	MAY 17	30,00	20,88	1,71	3,31	ABR 17	30,00	20,88	1,71	3,31	MAR 17	30,00	20,88	1,71	3,31	FEV 17	30,00	20,88	1,71	3,31	JAN 17	30,00	20,88	1,71	3,31	DEC 16	30,00	20,88	1,71	3,31																																										
ICMS		PIS		COFINS																																																																																																																																	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO																																																																																																																																
22,31	25,00	5,57	22,31	0,30	0,67																																																																																																																																
PERÍODO	CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR																																																																																																																																	
DEC 17	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
NOV 17	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
OUT 17	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
SET 17	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
AUG 17	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
JUL 17	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
JUN 17	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
MAY 17	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
ABR 17	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
MAR 17	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
FEV 17	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
JAN 17	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
DEC 16	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL		DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES																																																																																																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PERÍODO</th> <th>CONSUMO</th> <th>VALOR</th> <th>VALOR</th> <th>VALOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01/01/2017</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> <tr> <td>02/01/2017</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> <tr> <td>03/01/2017</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> <tr> <td>04/01/2017</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> <tr> <td>05/01/2017</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> <tr> <td>06/01/2017</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> <tr> <td>07/01/2017</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> <tr> <td>08/01/2017</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> <tr> <td>09/01/2017</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> <tr> <td>10/01/2017</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> <tr> <td>11/01/2017</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> <tr> <td>12/01/2017</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> </tbody> </table>		PERÍODO	CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	01/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31	02/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31	03/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31	04/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31	05/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31	06/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31	07/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31	08/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31	09/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31	10/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31	11/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31	12/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PERÍODO</th> <th>CONSUMO</th> <th>VALOR</th> <th>VALOR</th> <th>VALOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01/01/2017</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> <tr> <td>02/01/2017</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> <tr> <td>03/01/2017</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> <tr> <td>04/01/2017</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> <tr> <td>05/01/2017</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> <tr> <td>06/01/2017</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> <tr> <td>07/01/2017</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> <tr> <td>08/01/2017</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> <tr> <td>09/01/2017</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> <tr> <td>10/01/2017</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> <tr> <td>11/01/2017</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> <tr> <td>12/01/2017</td> <td>30,00</td> <td>20,88</td> <td>1,71</td> <td>3,31</td> </tr> </tbody> </table>		PERÍODO	CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	01/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31	02/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31	03/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31	04/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31	05/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31	06/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31	07/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31	08/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31	09/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31	10/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31	11/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31	12/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31
PERÍODO	CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR																																																																																																																																	
01/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
02/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
03/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
04/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
05/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
06/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
07/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
08/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
09/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
10/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
11/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
12/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
PERÍODO	CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR																																																																																																																																	
01/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
02/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
03/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
04/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
05/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
06/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
07/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
08/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
09/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
10/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
11/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
12/01/2017	30,00	20,88	1,71	3,31																																																																																																																																	
INFORMAÇÕES IMPORTANTES Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (dois por cento) ANEEL, Juros 1% (um por cento) Lei 10.438/02 e atualização monetária no próx. mês. O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º, RES-08/17		NÍVEL DE TENSÃO <table border="1"> <thead> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL (V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO (V)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>220</td> <td>202 - 231</td> </tr> </tbody> </table>		TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	220	202 - 231																																																																																																																														
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)																																																																																																																																				
220	202 - 231																																																																																																																																				
DESTAQUE AGO		VALIDAÇÃO MECÂNICA																																																																																																																																			
CONTA CONTRATO 007009352010		MES/ANO 12/2017																																																																																																																																			
TOTAL A PAGAR (R\$) 61,87		VENCIMENTO 16/01/2018																																																																																																																																			
83800000009 618700110071 008352010103 11416954333		Evite dobrar, perfurar ou rasgar. Esta cartolina será usada em leitora ótica.																																																																																																																																			
ARUANA SEGUROS 15 MAR 2018		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																																																																																																																																			



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 de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Carla Maria Firmino Melo inscrito (a) no CPF 076.723.044-29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rafael Valdivino da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.455.754-73 / do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Rafael Valdivino da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.455.754-73 / conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

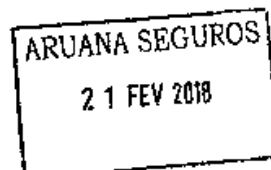
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Numerlano Alves Bezerra</u>		Número <u>37</u>	Complemento <u>Garagem</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Belo Jardim</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55150-020</u>
Email <u>carlafirminomelo@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 3726-4929</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9.9168-6771</u>

Belo Jardim, 26 de Dezembro de 2017
Local e Data

Carla Maria Firmino Melo
Assinatura do Declarante



DLDR1.001 V001/2017



Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Carlos dos Santos,

RG nº 10.188.682, data de expedição 09 / 06 / 15,

Órgão SPS/PE, portador do CPF nº 711.771.254-63, com

domicílio na cidade de Belo Jardim, no Estado de

PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua São Sebastião, nº 215,

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mençãoado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Rafael Valdivino da Silva, cujo o condutor era

Rafael Valdivino da Silva

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda /CG 150 TITAN ESD

Ano: 2007

Placa: KLI 5152

Chassi: 9C2KC08207R042675

Data do Acidente: 07-09-17

Local e Data: Belo Jardim, 19/12/2017

Jose Carlos dos Santos

Assinatura do Declarante

Rafael Valdivino da Silva

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



CARTÓRIO AYRTON MACIEL

Tribunal de Notas e União de Registro de Imóveis, Tabelas e Documentação e Pessoa Jurídica
Rua Floriano Peixoto, 81, Centro, Belo Jardim/PE - Fone: (81)-37201154
Tribunal: Tabela de Souza Maciel Ramos

Reconheço por por Autenticidade a firmas de:

JOSE CARLOS DOS SANTOS

Belo Jardim, 19/12/2017 14:44:32 dou fé. Em test da verda

Conferido por ANA CARLA DA CONCEICAO N. O. MONTEIRO.

Assina ME IZABEL C. DE SOUZA RENTIGIO - SEGUNDA SUBSTIT

Enol. R\$ 3,49 TSNR R\$ 0,78 FERC R\$ 0,39 Total 4,66

Selo: 0077057.DXC11201701.03643

Consulte autenticidade em www.tipe.mt.br/selodigital.

ARUANA SEGUROS

21 FEV 2018

OBS: Reconhecer firma por AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA de ambas as assinaturas.



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



Documentação médica - hospitalar



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : 862086

Nome : Rogael Vazquez de Jesus

Foi atendido às 02:00 hs. do dia 08/09/17

Diagnóstico Provável : Paciente vítima de acidente motociclistico em zona com presença de corpo contundente bilateral no decubito.

* Paciente necessita de 30 dias de repouso domiciliar (CID: J07.6)

Tratamento Realizado : tratamento sempre moderamento diste equide postora.

Observação : Retornar ao ambulatório BME quinta-feira (dia 21-09-17) de Dr. Suanna, na 6ª andar norte às 06:00h.

Cópia de : Para BME dia 18-09-17

Médico - CRM Nº 20060415160838300000061866850

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

Cód. 0157

ARUANA SEGUROS

21 FEV 2018



 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO SECRETARIA DE SAÚDE	
Paciente: <u>Rafael Vaidinme</u>	Registro: <u>.....</u>
Clinica: <u>BME</u>	Box/Leito/Enfermaria: <u>.....</u>
Uso Interno Diazepam 10mg - 01 ex tomar 01 comprimido de 01 vez ao dia durante 03 dias.	
Data: <u>19/10/17</u>	Ass. Carimbo Médico/CREMEPE

COD. 0189

 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO SECRETARIA DE SAÚDE	
Paciente: <u>Rafael Vaidinme</u>	Registro: <u>.....</u>
Clinica: <u>BME</u>	Box/Leito/Enfermaria: <u>.....</u>
Pitua dia 19/10/17 às 06:00h, no 6º andar norte.	
Data: <u>05/19/17</u>	Ass. Carimbo Médico/CREMEPE

COD. 0340

ARUANA SEGUROS

21 FEV 2018





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Central de Agendamento Ambulatorial
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO

Informações do Atendimento.

Consulta.....: 15/03/2018 13:00Hr
Serviço.....: BUCO MAXILO FACIAL
Médico.....: 390 - ANTONIO DE FIGUEIREDO CAUBI
Agenda.....: 39084

Informações do Paciente

Paciente.....: 1603435 Same.....: 855711
Nome.....: RAFAEL VALDIVINO DA SILVA
Sexo.....: MASCULIN
Fone.....: Residencial: (81) - 94577618 / Celular: () - Nasc.....: 13/02/199
Endereço.....: SITIO IUMA, 1 - ZONA RURAL - BELO JARDIM - PE - Cep: 55150033
Cidade.....: BELO JARDIM
Agendado por: THAYLISSONBS

ARUANA SEGUROS

21 FEV 2018





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Central de Agendamento Ambulatorial
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



Informações do Atendimento

Consulta.....: 19/10/2017 13:00Hr
Serviço.....: BUCO MAXILO FACIAL
Médico.....: 390 - ANTONIO DE FIGUEIREDO CAUBI
Agenda.....: 34790

JK

Informações do Paciente

Paciente.....: 1603435 Same.....:
Nome.....: RAFAEL VALDIVINO DA SILVA
Sexo.....: MASCULIN
Fone.....: Residencial: (81) - 94577618 / Celular: () - Nasc.....: 13/02/1997
Endereço.....: SÍTIO IUMA, 1 - ZONA RURAL - BELO JARDIM - PE - Cep: 55150033
Cidade.....: BELO JARDIM

Agendado por: MAYARASM

*Retorno
em 02
meses*

*Dr. Karine Negromonte
Coord. BUCO-MAXILO-FACIAL
CBO 13.13.01-10
CBO 13.13.02-10*

ARUANA SEGUROS

2-1-FEV-2018





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE

Paciente:	Registro:
Rafael Valentinino	
Clínica:	Box/Leito/Enfermaria:
BNF	

As ambulatório
de Dr. Caubi
às 13:00 horas
(precisa
marca e
aceito
encaixe)

Data: 19/01/17

Ass. Carimé Médica

Carimé Médica
CRM 11.101/PE
Rafael Valentinino
19/01/2017

COD. 0340

ARUANA SEGUROS

21 FEV 2018



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : _____

Nome : Rogério Vasconcelos de Jesus

Foi atendido às _____ hs. do dia ____ / ____ / ____

Diagnóstico Provável : Qatarrom do ombulatório
BMF to 6º andar norte 2º
06:00h dia 05-10-17

Tratamento Realizado : _____

Observação : _____

Cópia de : _____


Médico CRM Nº _____

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

C6d. 0157

ARUANA SEGUROS

21 FEV 2018





BELO JARDIM
PREFEITURA MUNICIPAL
CADA DIA MELHOR

HOSPITAL REGIONAL DE BELO JARDIM

CNPJ: 10.260.222/0001-05

Rua Dr. Henrique Nascimento, s/nº

Belo Jardim - PE - CEP: 55.150-000

Fone: (0**81) 3726.1095

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Rafael Valdeirino
Da Silva residente Sítio Inhumas
esteve internado
neste Hospital no período de 07/09/17 à
com diagnóstico de CID:
Trauma prontuário nº Emergência.

OBS: O original se encontra disponível ao INSS para averiguação neste arquivo.

Belo Jardim 05/10/17

José A. Ferreira
Coordenador Executivo
HJA/UPA
Responsável

ARUANA SEGUROS

21 FEV 2018



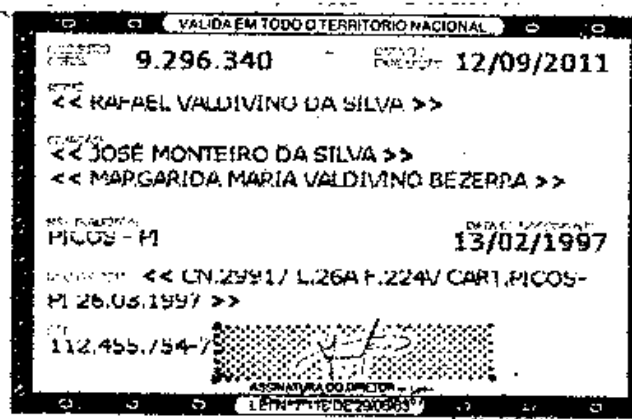
 BELO JARDIM PREFEITURA MUNICIPAL CADA DIA MELHOR		SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR		Registro Nº: Data: 09.09.17 Hora: 06:00h
Unidade de Saúde: HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA				
PACIENTE	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 8380029294359944		DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF: 123456789	
	Nome: Rafael Valdivino da Silva		Idade: 28	
	Data de Nascimento: 13.02.97		Sexo: M	
	Naturalidade: Piões		Estado Civil: Solteiro	
	Endereço: R. Sítio Dumas		Profissão: Agente de Segurança	
RESPONSÁVEL	Procedência: Belo Jardim		Telefone: _____	
	Responsável: O pai		Parentesco: Pai	
	Endereço: _____		Fone: _____	
	Trazido por: Bombeiros		Fone: 34575761	
OCORRÊNCIA	Local do Acidente: _____		Data: _____ Hora: _____	
	NATUREZA DO ACIDENTE ☐ Casual ☐ Acid. do Trânsito ☐ Tentativa de Suicídio ☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Outras Causas ☐ Acid. do Trabalho ☐ Agressão			
	Atendimento: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico			
ATENÇÃO MÉDICA	História da Doença Atual: Acidente de trânsito com queda de moto			
	EXAME FÍSICO			
	Pressão Arterial: 140x90 Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____			
	Alcoolizado Sangramento nasal Pupila esquerda dilatada e dolorida Ac = 12, ALTA RCR = 12, ALTA RCR = 12, ALTA RCR = 12, ALTA			
	Diagnóstico Provisório: Trauma			
	ARUANA SEGUROS 21 FEV 2018			
	Vera Rocha RECEPCIONISTA		Dr. João Arnão de Oliveira MÉDICO CREMEPE 19557	

Mica: Margarete Y. Valdivino Dizon

João Arnão de Oliveira
Coordenador Executivo
HUSP







Documentos de identificação



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
112.455.754-73

Nome
RAFAEL VALDIVINO DA SILVA

Nascimento
13/02/1997

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

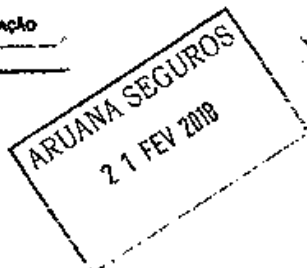


CÓDIGO DE CONTROLE
A039.1082.630F.9109

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 19:42:33 do dia 26/07/2011 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
CARLA MARIA FERNANDES MELO

DOC. IDENTIFIC. / CNH
9179683 END 25

CPF
078.793.044-23

DATA DE EMISSÃO
08/01/1990

PLACAS
NÃO DECLARADO

OPORTUNIDADE
CARTEIRA FERNANDES MELO

PERMISSÃO
2

ATÉ
08/01/90

ORIGEM
2

Nº IDENTIFIC.
05874330618

DATA
30/11/2027

VALIDADE
09/03/2013

CLASSIFICAÇÃO
SERVIÇO ATIV. HABILITADA

Carla Maria Fernandes Melo
Assinatura do Titular

LOCAL
MELO JARDIM - PE

DATA EMISSÃO
08/12/2014

40266756863
99063101613

DETRAN - DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

21 FEB 2018



OUT



CONTRAN		DENATRAN	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES			
DETRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
Nº 013432363272 COD. RENAVAM 921125666 ANO 2017	NOME JOSE CARLOS DOS SANTOS	DATA 11/08/17	
RUA 711.711.254-63 PLACAR/KLS152	CHASSI 9C2KC08207R042675	MARCA GASOLINA	
FAS MOTOCICLETA	ANO/FAB 2007	ANO/ADQ 2007	
FONDA/CG 150 TITAN ESD	CATEGORIA PARTIC	CUB PREDOMINANTE PRATA	
2E/19CL	CODAUNICA	VENEC. CODAUNICA	
IPVA 2017 QUITADO	MARCLAMEN/COIS 2	VENEC/COIS 3	
PREST. VEFICU (R\$)	OR. (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO			
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
RUA JARDIM-PE	LOCAL	DATA 11/08/17	
Charles Andrews Sousa Ribeiro			
RUA JARDIM-PE			

CONTRAN		DENATRAN	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES			
DETRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
Nº 013432363272 COD. RENAVAM 921125666 ANO 2017	NOME JOSE CARLOS DOS SANTOS	DATA 11/08/17	
RUA 711.711.254-63 PLACAR/KLS152	CHASSI 9C2KC08207R042675	MARCA GASOLINA	
FAS MOTOCICLETA	ANO/FAB 2007	ANO/ADQ 2007	
FONDA/CG 150 TITAN ESD	CATEGORIA PARTIC	CUB PREDOMINANTE PRATA	
2E/19CL	CODAUNICA	VENEC. CODAUNICA	
IPVA 2017 QUITADO	MARCLAMEN/COIS 2	VENEC/COIS 3	
PREST. VEFICU (R\$)	OR. (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO			
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
RUA JARDIM-PE	LOCAL	DATA 11/08/17	
Charles Andrews Sousa Ribeiro			
RUA JARDIM-PE			

CONTRAN		DENATRAN	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES			
DETRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
Nº 013432363272 COD. RENAVAM 921125666 ANO 2017	NOME JOSE CARLOS DOS SANTOS	DATA 11/08/17	
RUA 711.711.254-63 PLACAR/KLS152	CHASSI 9C2KC08207R042675	MARCA GASOLINA	
FAS MOTOCICLETA	ANO/FAB 2007	ANO/ADQ 2007	
FONDA/CG 150 TITAN ESD	CATEGORIA PARTIC	CUB PREDOMINANTE PRATA	
2E/19CL	CODAUNICA	VENEC. CODAUNICA	
IPVA 2017 QUITADO	MARCLAMEN/COIS 2	VENEC/COIS 3	
PREST. VEFICU (R\$)	OR. (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO			
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
RUA JARDIM-PE	LOCAL	DATA 11/08/17	
Charles Andrews Sousa Ribeiro			
RUA JARDIM-PE			

ARUANA SEGURO
21 FEV 2018





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Rafael Valdivino da Silva
DATA DO ACIDENTE 07/09/2017 CPF DA VÍTIMA 112.455.754-73
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Carla M. F. Lima
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Procurador
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA NUMERIANO BEZERRA
Nº 37 COMPLEMENTO BAIRRO CENTRO
CIDADE BELO JARDIM UF PE CEP 55150020
E-MAIL carlafirmimelo@hotmail.com TELEFONE (081) 3726-4929

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 CERTIDÃO 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, TALS 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 CERTIDÃO 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

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 CERTIDÃO 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, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

Outros

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO 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
• 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, ACESSSE WWW.DPVAT.SEGURO.DTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 24.02.18
IDENTIDADE 9119.608.005-PE
ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA SEGURADORA

DATA 21 FEV 2018
NOME ARUANA SEGUROS
ASSINATURA [Assinatura]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
01R - 19		10.188.682	09/06/2015
		<< JOSÉ CARLOS DOS SANTOS >> << DOMINGOS DAMIÃO DOS SANTOS >> << MARIA JOSÉ DOS SANTOS >>	
José Carlos dos Santos		BELO JARDIM - PE	06/12/1997
		<< CN.7227 LA07 F.132 CART.2ºDIST. BELO JARDIM-PE 20.03.2000 >>	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 7.116 DE 28/08/83 415023980608120210.6413012 F-67 1.618 -4631	

 MINISTÉRIO DA FAZENDA Receita Federal Cadastro de Pessoas Físicas	
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO Número 711.771.254-63 Nome JOSE CARLOS DOS SANTOS Nascimento 06/12/1997 VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO	

ARUANA SEGUROS
21 FEV 2018



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180098244 **Cidade:** Sanharó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL VALDIVINO DA SILVA **Data do acidente:** 07/09/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NA FACE

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180098244 **Cidade:** Sanharó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL VALDIVINO DA SILVA **Data do acidente:** 07/09/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do corpo mandibular bilateral. Traumatismo cranioencefálico.

Descrição do exame médico pericial: Vítima se queixa de cefaleia, obstrução nasal e dor à mastigação, refere que alimenta-se de pastosos. Ao exame, vítima consciente e orientada, apresentando limitação da abertura da boca comprometendo a mastigação.

Resultados terapêuticos: O quadro foi submetido à osteossíntese com placa e parafusos na mandíbula.

Sequelas permanentes: Dano craniofacial

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/04/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andrea Rodrigues Madeira

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

DANOS

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

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 05 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **RAFAEL VALDIVINO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180098244**

Vítima: **RAFAEL VALDIVINO DA SILVA**

Data do Acidente: **07/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CARLA MARIA FIRMINO MELO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180098244**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12462024

Pag. 00315/00316 - carta_01 - INVALIDEZ



00020158



Rio de Janeiro, 05 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **RAFAEL VALDIVINO DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180098244**
Vítima: **RAFAEL VALDIVINO DA SILVA**
Data do Acidente: **07/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **CARLA MARIA FIRMINO MELO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180098244**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00073/00074 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12464450



Rio de Janeiro, 23 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **RAFAEL VALDIVINO DA SILVA**

Sinistro: **3180098244**

Vítima: **RAFAEL VALDIVINO DA SILVA**

Data do Acidente: **07/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CARLA MARIA FIRMINO MELO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180098244** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01953/01954 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12561014



Rio de Janeiro, 13 de Abril de 2018

Carta nº: 12657055

A/C: RAFAEL VALDIVINO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180098244
Vitima: RAFAEL VALDIVINO DA SILVA
Data do Acidente: 07/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CARLA MARIA FIRMINO MELO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: RAFAEL VALDIVINO DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000773

Conta: 0000034288-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01937/01938 - carta_15R - INVALIDEZ

00020969



Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 112.455.754-73	Nome completo da vítima RAFAEL VALDEVINO DA SILVA
---------------------------	---------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Rafael Valdevino da Silva		CPF titular da conta 112.455.754-73	Profissão Recusou
Endereço Sítio Inhuma		Número 5511	Complemento Casa
Bairro Rosa A. Maciel	Cidade Belo Jardim	Estado PE	CEP 55150-000
E-mail		Telefone (DDD)	

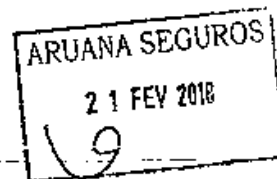
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM 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
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		BANCO	
AGÊNCIA NRO. 0373 D/V 13 CONTA NRO. 34288 D/V 8		Nome NRO	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V		AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Belo Jardim 28 de Dezembro de 2017
Local e Data



Rafael Valdevino da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

1 V001/2017



CAIXA

CAIXA

CAIXA

CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474
OUVIDORIA 0800 725 7474

353-317806943-9

19/DEZ/2017

HORA DI: 15:13:03

VAL: 15.22000-8

TERM: 0467/1

LOCALIDADE: BELO JARDIM
AG. VINCULADA: 0773

CONTROLE: 324910575

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0773 013 00034200-8

RAFAEL V DA SILVA

VALOR

10.000

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

353-317806943-9

VIA

CAIXA

CAIXA

CAIXA

CAIXA

ARUANA SEGUROS
21 FEV 2018





Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 110ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANHARÓ - DP110ªCIRC
DINTER1/15ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0200000031**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/01/2018** às **14:42**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **7/9/2017** às **05:35**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BELO JARDIM, 1, PE166 - Bairro: CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JOSÉ CARLOS DOS SANTOS (OUTRO)
RAFAEL VALDIVINO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **RAFAEL VALDIVINO DA SILVA**



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

RAFAEL VALDIVINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARGARIDA MARIA VALDIVINO BEZERRA** Pai: **JOSÉ MONTEIRO DA SILVA** Data de Nascimento: **13/2/1997** Naturalidade: **PICOS / PIAUI / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BELO JARDIM, 1, SÍTIO INHUMAS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

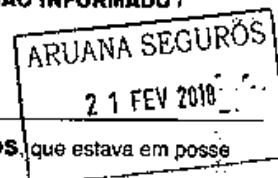
JOSÉ CARLOS DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSÉ DOS SANTOS** Pai: **DOMINGOS DAMIÃO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **6/12/1997** Naturalidade: **BELO JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RAFAEL VALDIVINO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KL15152 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **921125665** Chassi: **9C2KC08207R042675**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007**



18/01/2018 14:33



Complemento / Observação

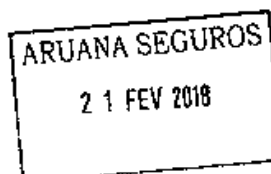
VÍTIMA CONDUZIA A MOTOCICLETA PERTENCENTE AO SR JOSÉ CARLOS DOS SANTOS QUANDO VEIO A PERDER O CONTROLE EM UM CURVA CAINDO E DESMAIANDO DEVIDO A UMA FORTE BATIDA NA CABEÇA. O ATENDIMENTO MÉDICO FICOU ATESTADO PELOS COMPROVANTES EM ANEXO.

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

Rafael Valdivino da Silva
RAFAEL VALDIVINO DA SILVA
(VITIMA)



B.O. registrado por: *Bruno Leandro dos Santos Cavalcanti* - Matrícula: 272703-0



18/01/2018 14:33



Declaração de Inexistência de IML



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Rafael Voldevino da Silva

CPF da Vítima

442.455.754-73

Data do Acidente

07-09-17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Beto Gardina, 28 de Dezembro de 2017

Local e Data

ARUANA SEGUROS

21 FEV 2018

Rafael Voldevino da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

001/2017



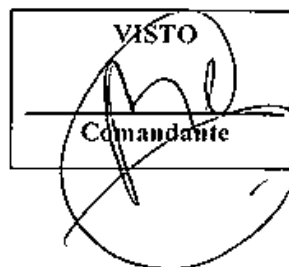


SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

COInter/1 - 2º Grupamento de Bombeiros

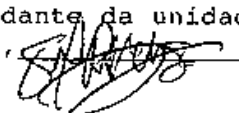
Belo Jardim-PE, 09 de novembro de 2017.


Josenilton Cordeiro Duarte - 1º Ten QOA/BM
Comandante da 5ª SB



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº Dop 050/17

O Comandante da 5ª Seção de Bombeiros do 2º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por requerimento da Sr. **DARIO VALDIVINO BEZERRA**, registro geral nº 8.438.446 SDS-PE, CPF nº 094.403.554-09, residente na Cohab I S/nº, Belo Jardim - PE, **CERTIFICA** que, de acordo com a ordem de serviço operacional nº 1462, foi deslocada a viatura AR 395 da 5ª seção de Bombeiros, Belo Jardim - PE, às 05h26min do dia 07 de setembro de 2017, para atender uma ocorrência de **ACIDENTE DE TRÂNSITO (QUEDA DE MOTOCICLETA)**, ocorrido na PE 166, Zona Rural, Belo Jardim - PE, envolvendo uma moto não identificada, vitimando o irmão do requerente o Sr. **RAFAEL VALDIVINO DA SILVA** RG Nº 9.296.340 SDS-PE; CPF nº 112.455.754-73. A vítima apresentava ferimentos nos membros inferiores. Após os procedimentos de Atendimento Pré Hospitalares, a vítima foi conduzida ao Hospital Julio Alves de Lira(HJAL), ficando sob os cuidados da equipe médica de plantão, tendo como responsável o profissional Gideony Dias, COREN: 337453.

Apresente certidão segue assinada por mim, que a digitei, e revisada pelo comandante da 5ª Seção de Bombeiros (2º GB) e pelo comandante da unidade. 3º SGT BM Mat. 940064-8 **SILVIO ROBERTO DA SILVA** / 5ª SB, 

ARUANA SEGUROS

21 FEV 2018

Rua Cel Fernando Pontes Filho, s/nº, Píthelisópolis, Caruaru-PE, CEP 55034-660
FONE (48) 3219.3217 e-mail: dvop5gb@yahoo.com.br
CCCI_00.358.773/0005-78
C:\Documents and Settings\Armano\Desktop\051- DARIO VALDIVINO (qd de moto) Vítima RAFAEL Valdivino.docx



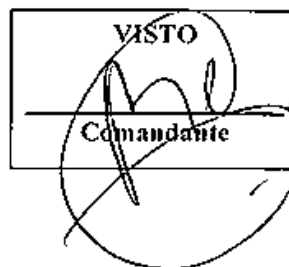


SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

COInter/1 - 2º Grupamento de Bombeiros

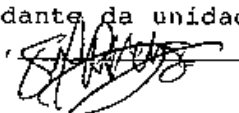
Belo Jardim-PE, 09 de novembro de 2017.


Josenilton Cordeiro Duarte - 1º Ten QOA/BM
Comandante da 5ª SB



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº Dop 050/17

O Comandante da 5ª Seção de Bombeiros do 2º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por requerimento da Sr. **DARIO VALDIVINO BEZERRA**, registro geral nº 8.438.446 SDS-PE, CPF nº 094.403.554-09, residente na Cohab I S/nº, Belo Jardim - PE, **CERTIFICA** que, de acordo com a ordem de serviço operacional nº 1462, foi deslocada a viatura AR 395 da 5ª seção de Bombeiros, Belo Jardim - PE, às 05h26min do dia 07 de setembro de 2017, para atender uma ocorrência de **ACIDENTE DE TRÂNSITO (QUEDA DE MOTOCICLETA)**, ocorrido na PE 166, Zona Rural, Belo Jardim - PE, envolvendo uma moto não identificada, vitimando o irmão do requerente o Sr. **RAFAEL VALDIVINO DA SILVA** RG Nº 9.296.340 SDS-PE; CPF nº 112.455.754-73. A vítima apresentava ferimentos nos membros inferiores. Após os procedimentos de Atendimento Pré Hospitalares, a vítima foi conduzida ao Hospital Julio Alves de Lira(HJAL), ficando sob os cuidados da equipe médica de plantão, tendo como responsável o profissional Gideony Dias, COREN: 337453.

Apresente certidão segue assinada por mim, que a digitei, e revisada pelo comandante da 5ª Seção de Bombeiros (2º GB) e pelo comandante da unidade. 3º SGT BM Mat. 940064-8 **SILVIO ROBERTO DA SILVA** / 5ª SB, 

ARUANA SEGUROS

21 FEV 2018

Rua Cel Fernando Pontes Filho, s/nº, Píthelisópolis, Caruaru-PE, CEP 55034-660
FONE (48) 3219.3217 e-mail: dvop5gb@yahoo.com.br
CCCI_00.358.773/0005-78
C:\Documents and Settings\Armano\Desktop\051- DARIO VALDIVINO (qd de moto) Vítima RAFAEL Valdivino.docx



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL VALDIVINO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00773

CONTA: 000000034288-8

Nr. da Autenticação 6FC25F2B05A8C61B

