Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

03/07/2020

Número: **0002232-68.2020.8.17.2480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Caruaru**
Última distribuição : **26/03/2020**
Valor da causa: **R$ 1.000,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
DJAELSON PEDRO DE FARIAS (AUTOR)	**KELLY JULLIANNY SANTOS FERREIRA (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos			
Id.	**Data da Assinatura**	**Documento**	**Tipo**
64123558	03/07/2020 10:47	ANEXO 1	Outros (Documento)

CELPE

CELPE

[redacted]

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: 15/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DJAELSON PEDRO DE FARIAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02778

CONTA: 000000048619-0

Nr. da Autenticação 0B0109FBACEBF45B

SAMU 192

CARUARU

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins em atenção ao pedido de o Sr. DJAELSON PEDRO DE FARIAS portador do RG: 10.093.156 SDS-PE e CPF: 710.511.164-06, que consta nos registros de ocorrências Nº1905170425 do SAMU REGIONAL AGRESTE, atendimento realizado por esse serviço ao mesmo no dia 17/05/2019 às 19h e 21min no endereço AVENIDA JOÃO SOARES MACHADO, DISTRITO INDUSTRIAL CARUARU-PE com queixa de ACIDENTE DE MOTO tendo sido enviada UNIDADE DE SUPORTE BASICO, que prestou atendimento a vítima no local sendo o mesmo removido em segurança para o HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE.

De acordo com o registro de informações do SAMU foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 19 de Setembro de 2019

Dr. Tiago Agioli

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em [illegible]

[illegible]

SAMU 192
ID Nº 190517D425

LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

☐ CONTA POUPANÇA ☐ CONTA CORRENTE

Nome do BANCO: _____

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA ____ CONTA ____ AGÊNCIA ____ CONTA ____

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/07/2020 10:47:29
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070310472896000000062939830
Número do documento: 20070310472896000000062939830

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - 30ª CIRCUNSCRIÇÃO
CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E210600045S

[illegible] 20/09/2019 às 15:42

ACIDENTE DE TRANSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) [illegible] de Morte

[illegible] MUNICIPIO DE CARUARU, 1, DISTRITO INDUSTRIAL [illegible] ASMNED, CARUARU/PERNAMBUCO, BRASIL
[illegible] VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
[illegible] AUTOR, AGENTE
[illegible] PEDRO DE FARIAS, VITIMA

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
[illegible] que estava em posse do(a) DJAELSON PEDRO DE FARIAS

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

DJAELSON PEDRO DE FARIAS (presente ao plantão) - Sexo Masculino
[illegible] SEVERINA ANTONIA DE FARIAS Data de Nascimento [illegible] Nacionalidade NÃO INFORMADO PERNAMBUCO, BRASIL

[illegible] (não presente ao plantão) - Sexo Desconhecido
[illegible] NÃO INFORMADO PERNAMBUCO BRASIL

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

[illegible] VEÍCULO [illegible] DJAELSON PEDRO DE FARIAS que estava em posse do(a) DJAELSON PEDRO DE FARIAS
[illegible] MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN ESDI [illegible] Não
[illegible] 1 UNIDADE NÃO INFORMADA)
[illegible]
[illegible] NÃO INFORMADO

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE SE ENCONTRAVA EM TRANSITO NESTA CIDADE NO DISTRITO INDUSTRIAL E DEVIDO A UM [illegible] DA VIA E DA ILUMINAÇÃO NÃO PERCEBEU UM BURACO NA VIA E AO PASSAR PERDEU O COMPANHEIRO DA MOTO VINDO A CAIR ONDE TEVE FRATURAS NA MÃO DIREITA E CANOA MATERIAIS

Assinatura dai(s) pessoai(s) presente nesta unidade policial

JUAELSON PEDRO DE FARIAS
(VÍTIMA)

[illegible] JOSE CARLOS DE LIMA

LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

☐ DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/07/2020 10:47:29
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070310472896000000062939830
Número do documento: 20070310472896000000062939830

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

Rio de Janeiro, 21 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190547439 **Vítima: DJAELSON PEDRO DE FARIAS**

Data do Acidente: 17/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DJAELSON PEDRO DE FARIAS

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

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R$ 675,00

Recebedor: **DJAELSON PEDRO DE FARIAS**
Valor: **R$ 675,00**
Banco: **104**
Agência: **2778**
Conta: **000000048619-0**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00795/00796 - carta_15R - INVALIDEZ

00100398

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

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190547439 **Vítima: DJAELSON PEDRO DE FARIAS**

Data do Acidente: 17/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DJAELSON PEDRO DE FARIAS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01301/01302 - carta_01 - INVALIDEZ

00020651

Carta nº 14802545

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329565/19

Vítima: DJAELSON PEDRO DE FARIAS

Data do acidente: 17/05/2019

CPF: 710.511.164-06

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DJAELSON PEDRO DE FARIAS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA : 029.170.884-60

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

DJAELSON PEDRO DE FARIAS : 710.511.164-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/09/2019
Nome: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA
CPF: 029.170.884-60

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Caroliny Lins Veloso

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329565/19

Número do Sinistro: 3190547439

Vítima: DJAELSON PEDRO DE FARIAS

Data do acidente: 17/05/2019

CPF: 710.511.164-06

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DJAELSON PEDRO DE FARIAS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA : 029.170.884-60

Procuração

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/09/2019
Nome: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA
CPF: 029.170.884-60

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/09/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Caroliny Lins Veloso

PROCURAÇÃO

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

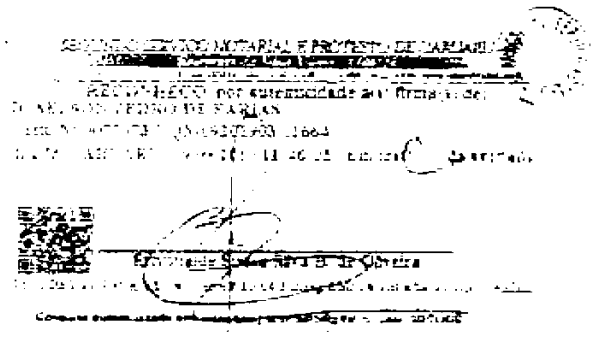
OUTORGANTE:
Nome: [illegible]
brasileiro (a), estado civil: [illegible], profissão: [illegible]
RG nº [illegible], CPF/MF nº [illegible], com
endereço residencial na [illegible]

OUTORGADO:
Nome: [illegible]
brasileiro (a), estado civil: [illegible], RG nº [illegible]
CPF/MF nº [illegible], com endereço residencial na
[illegible]

PODERES:
Amplos poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório – DPVAT, por natureza [illegible] da vítima [illegible] CPF [illegible] e do Sinistro ocorrido no dia [illegible]

[illegible], 19 de [illegible] de [illegible]

[illegible]
Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



PROCURAÇÃO

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

OUTORGANTE

Nome [illegible]
brasileiro (a), estado civil: [illegible] profissão: [illegible]
RG nº [illegible] CPF/MF nº [illegible] com
endereço residencial na [illegible]

OUTORGADO:

Nome: [illegible]
brasileiro (a), estado civil: [illegible] RG nº [illegible]
CPF/MF nº [illegible] com endereço residencial na
[illegible]

PODERES:

Amplos poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório – DPVAT, por natureza [illegible] da vítima [illegible] CPF [illegible] e cujo Sinistro ocorrido no dia [illegible]

[illegible], 19 de [illegible] de [illegible]

[illegible]
Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade.)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190547439 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: DJAELSON PEDRO DE FARIAS **Data do acidente:** 17/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2° DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 2° DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO 2° DEDO DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R$ 675,00
		Total	**5 %**	**R$ 675,00**

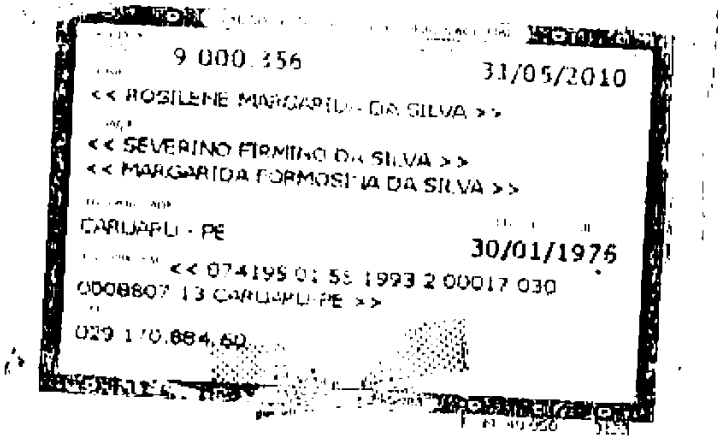
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DENATRAN

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 01448558973 7

CONTROL



9 000 356 31/05/2010

<< ROSILENE MARGARIDA DA SILVA >>

<< SEVERINO FIRMINO DA SILVA >>

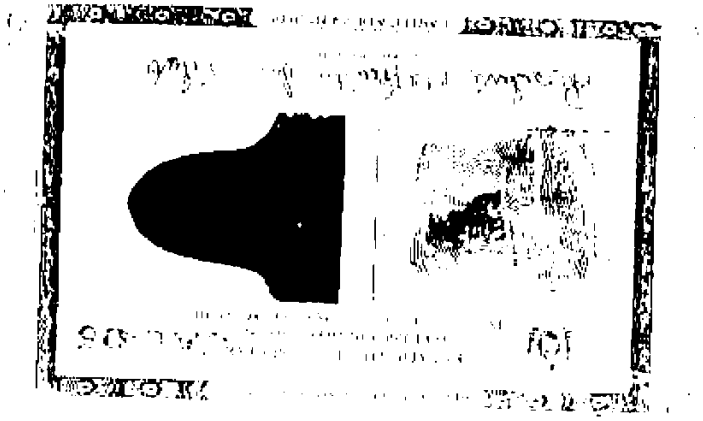
<< MARGARIDA FORMOSINA DA SILVA >>

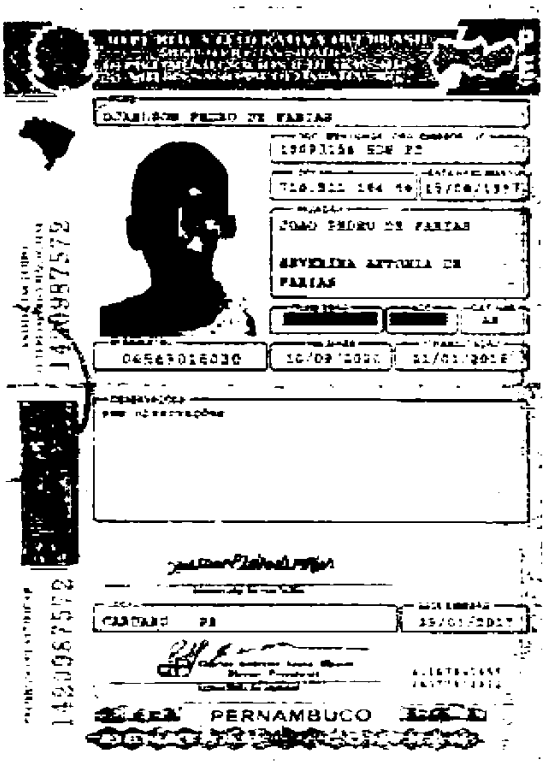
CARUARU - PE 30/01/1976

<< 074195 01 55 1993 2 00017 030

0008807 13 CARUARU PE >>

029 170.884.60




PERNAMBUCO

HOSPITAL JESUS

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Estabelecimento de Saúde

Identificação do Paciente

ILUSTRAÇÃO DA INTERNAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

AUTORIZAÇÃO

Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria de Saúde
NUMERAÇÃO DE A/H NORMAL
261910545623-1

HOSPITAL REGIONAL MAGESTE
EMERGÊNCIA

Data

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
PERNAMBUCO

OSPITAL JESUS PEQUENINO

HA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Nome: MARIA DE LOURDES SILVA
Matrícula: 702307182734116
Identidade:
Cartão SUS: 702307182734116

Sexo: MASCULINO
Est. Civil:
CPF: 71[illegible]8436
Identidade: 10193196
Telefone: 81 [illegible]
Naturalidade:

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/07/2020 10:47:29
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070310472896000000062939830
Número do documento: 20070310472896000000062939830

OSPITAL JESUS PEQUENINO

DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento

Data Hora

Recepc MARIA DE LOURDES SILVA

Matrícula

Internação

Cartão nus

Sexo

Cor

Telefone

Naturalidade

Transferido Óbito Alta Antes de 48 horas

Alta Hospitalar Data

Observação

Transferência Hospitalar Data

Diagnósticos

Óbito Data

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NÚMERO DO REGISTRO

ORTOPÉDICA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Instituto Alcides d'Andrade Lima
HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ANESTESIA

Nº

Data

NB

Anestesia

Diag. Pós-Op.

Op. Realizada

Início 13:45

PRÉ-MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

AGENTES | DOSES | TÉCNICA | ANOTAÇÕES

Anestesiologista

Assistente Social
HESJP/PE Nº 4.871

Centro Médico Maria Gertrudes

NOME. DJAELSON PEDRO DE FARIAS
D. NASCIMENTO. 15 08 1997
Nº DO REGISTRO: 9603
EXAME: RX DIGITAL DA MÃO DIREITA
SOLICITANTE: NÃO INFORMADO
CONVÊNIO: MARIA GERTRUDES

LAUDO

Controle de fratura na base da falange proximal do 2º dedo

Fixado com fios metálicos

Correlacionar com exames anteriores.

Caruaru 13 de Junho de 2019

Dr. Andre Pinto da Silveira
CRM - 11456

UNIDADE I

UNIDADE II

Centro Médico Maria Gertrudes

NOME: DJAELSON PEDRO DE FARIAS
D. NASCIMENTO: 15.08.1997
Nº DO REGISTRO: 9817
EXAME: RX DIGITAL DA MÃO DIREITA AP+P
SOLICITANTE: DR.º JOAO MARILTON V. COSTA
CONVÊNIO: MARIA GERTRUDES

LAUDO

Controle de fratura não consolidada na base da falange proximal do 2º dedo, com desalinhamento ósseo.

Correlacionar com exames anteriores

Caruaru 11 de julho de 2019

Dr. André Pinto da Silveira
CRM - 11456

UNIDADE I

UNIDADE II

Centro Médico Maria Gertrudes

NOME: DJAELSON PEDRO DE FARIAS
D. NASCIMENTO: 15.08.1997
Nº DO REGISTRO: 9603
EXAME: RX DIGITAL DA MÃO DIREITA
SOLICITANTE: NÃO INFORMADO
CONVÊNIO: MARIA GERTRUDES

LAUDO

Controle de fratura na base da falange proxima do 2º dedo

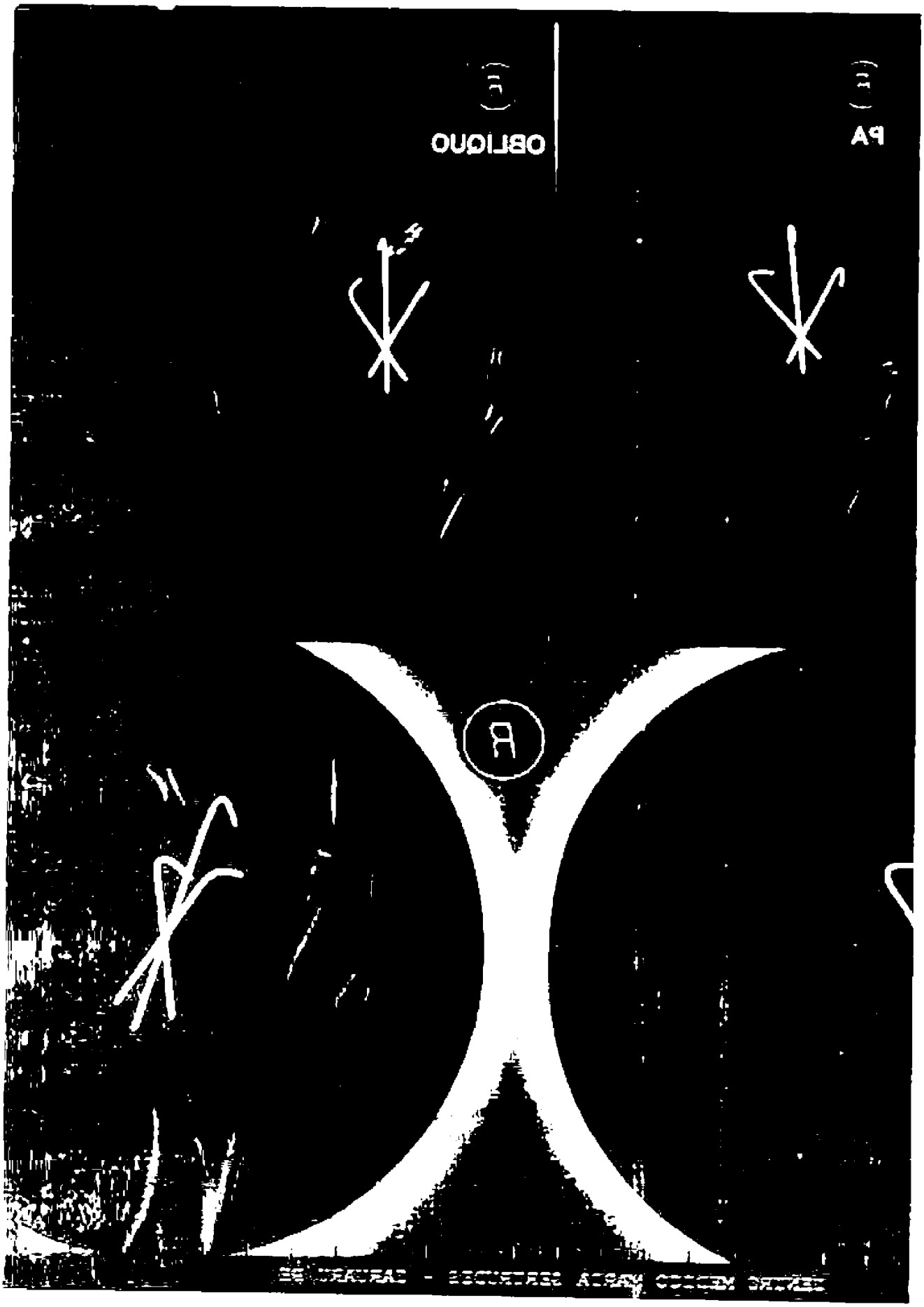
Fixado com fios metálicos

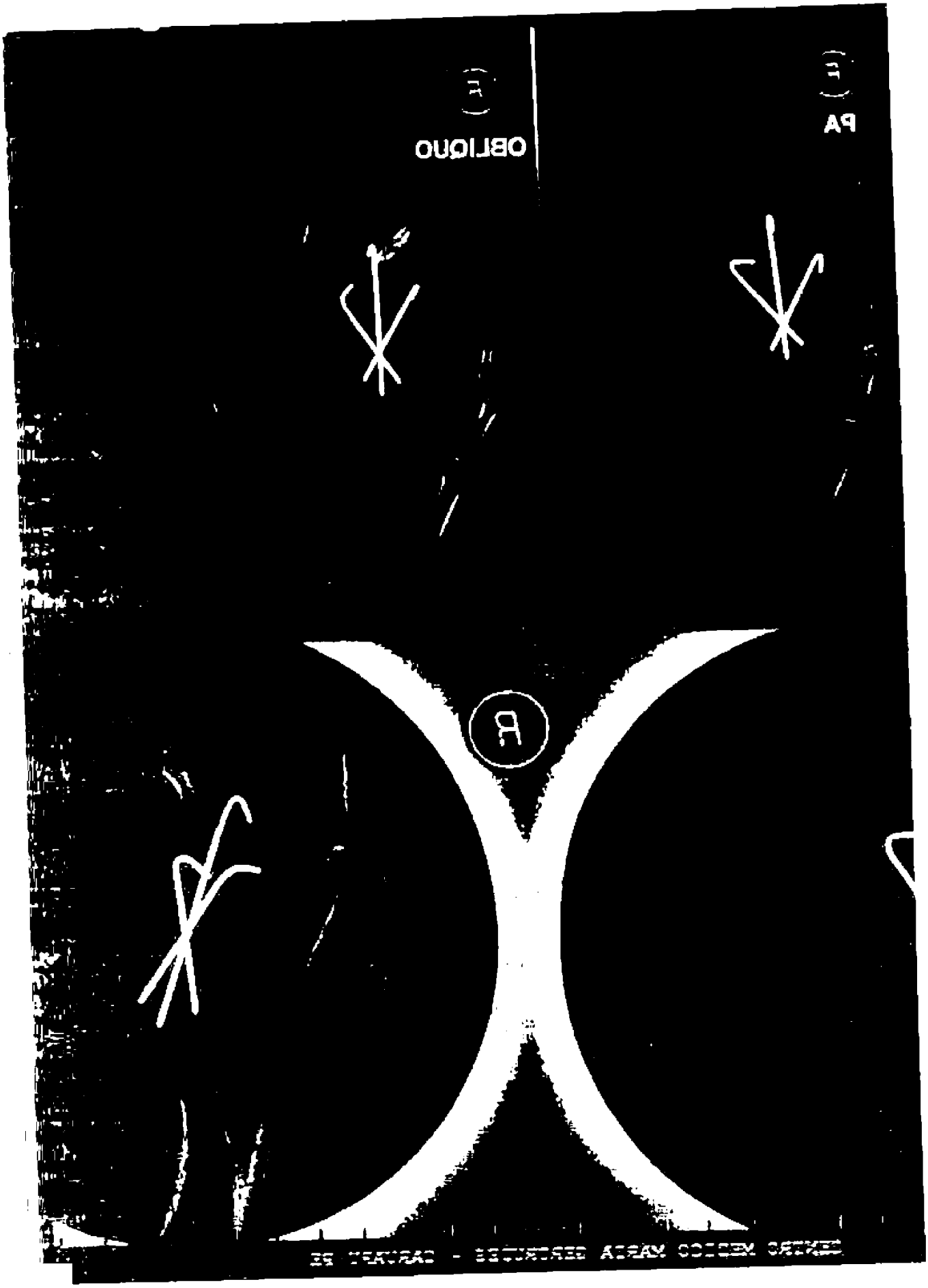
Correlacionar com exames anteriores.

Caruaru 13 de junho de 2019

Dr. André Pinto da Silveira
CRM - 11456

UNIDADE I UNIDADE II





LÍDER

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

[illegible]

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios de seguro) a sexta-feira, das 8h às 20h:
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 17 36 Central Ouvidoria: 0800 021 61 75

[illegible]

RG nº [illegible] data de expedição [illegible]

CPF [illegible] portador do CPF nº [illegible]

[illegible] na cidade de [illegible] no Estado de

[illegible] onde residia na (Rua/Avenida/Estrada)

[illegible] nº [illegible]

complemento [illegible] declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

[illegible] (Alienado) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

[illegible] cujo o condutor era

[illegible]

[illegible] Modelo [illegible] Ano: [illegible]

Placa [illegible] Chassi [illegible]

Data do Acidente [illegible]

[illegible] e Data [illegible] 19/12/19

Assinatura do Declarante

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

[illegible]

[illegible] Emissão: [illegible] (hora/data)

[illegible]

LIDER

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

884 60

Assinatura do Declarante