



Número: **0023307-48.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 31ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|--|--------------------|---|--------------------|
| ALBERTO BARBOSA DA SILVA (AUTOR) | | RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO) | |
| COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU) | | | |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 64082558 | 02/07/2020 15:22 | ANEXO 1 | Outros (Documento) |



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1586 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200127399 Data da solicitação: 13/04/2020
Nome do beneficiário: Alberto Barbosa da Silva CPF do beneficiário: 046.445.694-63
Nome do solicitante: _____ CPF do solicitante: _____

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 9-9700-1998 Tel. Comercial: (_____) _____ Tel. Residencial: (_____) _____
E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

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

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☒ NÃO ☐ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:
☐ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☐ Outros: _____

[DESCREVER]

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Saculim, 13 de Abril de 2020.
Local e Data

Alberto Barbosa da Silva
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assiné e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa da sua família, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014802833144

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 937873926 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
J H ELETRO LTDA EPP

SURUBIM-PE

CPF / CNPJ 41.088.436/0001-61 PLACA KLF8680

PLACA ANT / UF ***** PE CHASSI 9C2KD03208R004302

ESPÉCIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/NCR150 BROS KS ANO FAB. 2007 ANO MOD. 2008

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

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
I P IFVA 2019 QUITADO 1* *****
V 1 FAKA LPVA. PARCELAMENTO / COTAS 2* *****
A 1 ***** 3* *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 28/02/19

OBSERVAÇÕES

* SEM RESERVA DE PORTO OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

SURUBIM LOCAL DATA 01/03/19

Roberto Carlos Moreira Pontelles

DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014802833144 BILHETE DE SEGURO DPVAT

J H ELETRO LTDA EPP

RUA 15 DE NOVEMBRO 50 55750-0

CS CENTRO SURUBIM-PE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 01/03/19

VIA 1 CPF / CNPJ 41.088.436/0001-61 PLACA KLF8680

RENAVAM 937873926 MARCA / MODELO HONDA/NCR150 BROS KS

ANO FAB. 2007 CAT. TARE 09 NF CHASSI 9C2KD03208R004302

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRB (R\$) 36.05 DENATRAM (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TOTAL SERVIÇOS SEGURO (R\$) 84.58

PAGAMENTO X COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 28/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.808/0001-04

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





- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. **Alberto Barbosa da Silva** nascido no dia 06/10/1980, filho da Sra. **Jaci Francisca Gomes da Silva** e do Sr. **Abel Barbosa da Silva**, residente na Rua Vereador Piancó da Silva Filho, nº 44 - bairro Chã do Marinheiro nesta Cidade. Solicitou no dia 26/12/2019 cópia do seu prontuário de atendimento devido acidente motociclístico.

Atendido nesta **Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas)** Dr. Gentil Augusto de Miranda no dia 19/12/2019 pelo médico plantonista Dr. Hugo Sávio X. de Almeida CRM – 28576.

Surubim, 26 de dezembro de 2019.

UPA - DR. GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA
Av. Marilda de Arruda Guerra - Coqueiro
Surubim - PE
CNPJ: 08.937.139/0001-78

Ionara Soares de Andrade Silva
SAME - MAT. 910463

Prefeitura Municipal de Surubim -
Unidade de Pronto Atendimento – UPA / CNPJ: 08.937.139/0001-78
Avenida Marilda Arruda Guerra, S/N - Coqueiro - Surubim/PE - Fone /Fax: (81) 3634-1675



MURUBIM - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
UPA 24H DR GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA Cor/Raça: PARDO Nº OCORRÊNCIA: 00103953
Fronteiriço: 48953 CNS: Idade: 39 Anos 2 Meses 13 Dias Sexo: MASCULINO
Nome: ALBERTO BARBOSA DA SILVA Nascimento: 06/10/1980 Est.Civil:
End.: VERIADOR PIANCO DA SILVA FILHO Nº: 44 Bairro: CHÃ DO MARINHEIRO CEP: 55750000
Idade: SURUBIM Nac.: BRASILEIRA Doc nº: 46.416.644-63
Mãe: JACI FRANCISCA GOMES DA SILVA Pai: ABEL BARBOSA DA SILVA
Profissão: Responsável: Tel.: 81 96550682

Últimas Ocorrências:

Data: Hora: Nº Ocorrência: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

19/12/2019 10:08 103953 ACIDENTE
18/05/2019 06:48 68436 TRIAGEM

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

| HORÁRIO: | P.A. | FC | PULSO | PESO | ASSINATURA |
|----------|------|----|-------|------|------------|
| | | | | | |

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

- Paciente BEB, vítima de acidente de moto x carro, Glasgow 15/15, respiração espontânea. Com dor e rigidez cervical direita. Sem sinais de Abuso.

TRATAMENTO:

- 1) S.B.L. 500mg 2x
- 2) Tranq 10mg 2x
- 3) Paracetamol 1g 4x
- 4) Rx cervical, Torax, Abd.

EXAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

ÓBITO:

às _____ h _____ m do dia _____

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

DATA: 19/12/2019 10:08:31

☐ CURATIVO

☐ NEBULIZAÇÃO

☐ BÁSICO

☐ ESP

☐ RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

☐ URGÊNCIA BÁSICA

☐ URG. ESPECIALIZADA

☐ OBS. BÁSICA

☐ OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM

Hugo Sávio V. Almeida

CRMP 26576

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICO / CONSELHO

HORÁRIO

RECEPCIONISTA: CINTIA BARROS DOS SANTOS



11.05. Procura com fortuna de elav.
ante D. n. 2. 2. de 12. 2. 2.
para J. X. de corpo natural L. 5.

① Encasado ao o 5. 2. 2. 2.

Hugo Cordeiro de Mello
Advogado
CRM-PE: 26376



Assunto: RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o Sr. **ALBERTO BARBOSA DA SILVA**, 39 anos, foi vítima de acidente de trânsito (queda de moto) em 19 de dezembro de 2019 que resultou em fratura do terço médio da clavícula direita, contusão na hemipelve direita e escoriações leves pelo corpo. Encontra-se em tratamento ortopédico, com imobilização.
CID 10: S 42.0

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

Atenciosamente,

ROBERTO MATEUS
ORTOPEDIA
CRM 11695

ROBERTO DO NASCIMENTO MATEUS – CRM: 11695 / PE

Surubim, 19 de dezembro de 2019

19:05:31

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





Scanned with
CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

ALBERTO BARBOSA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
6118613 SSP PE

CPF
046.416.644-63

DATA NASCIMENTO
06/10/1980

FILIAÇÃO
ARIEL BARBOSA DA SILVA
JACI FRANCISCA GOMES D
A SILVA

PERMISSÃO
PROIBIDO PLASTIFICAR

ACD
PROIBIDO

EXT. NAM.
A/C

Nº REGISTRO
02165394516

VALIDADE
03/04/2023

Vº HABILITAÇÃO
17/01/2002

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SURUBIM, PE

DATA EMISSÃO
04/04/2018

ASSINATURA DO SUPERVISOR
67841347025
PE084672551

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1564656280

PROIBIDO PLASTIFICAR
1564656280



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:22:01
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215220179200000062899304>
 Número do documento: 20070215220179200000062899304

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/BIBLIOTECASWEB/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 COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu, Adriano M. M. de A. Fernandes inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alberto Barbosa da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.416.644 / 63, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Alberto Barbosa da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.416.644 / 63, 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 João Batista</u> | | Número | <u>370</u> | Complemento | <u>CASA</u> |
| Bairro | <u>Centro</u> | Cidade | <u>Surubim</u> | Estado | <u>PE</u> | CEP |
| Email | _____ | | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) | | |
| | | | <u>81-99700-1998</u> | <u>81-98129-8629</u> | | |

Surubim, 20 de Março de 2020
Local e Data

Adriano M. M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017





- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. **Alberto Barbosa da Silva** nascido no dia 06/10/1980, filho da Sra. **Jaci Francisca Gomes da Silva** e do Sr. **Abel Barbosa da Silva**, residente na Rua Vereador Piancó da Silva Filho, nº 44 - bairro Chã do Marinheiro nesta Cidade. Solicitou no dia 26/12/2019 cópia do seu prontuário de atendimento devido acidente motociclístico.

Atendido nesta **Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas)** Dr. Gentil Augusto de Miranda no dia 19/12/2019 pelo médico plantonista Dr. Hugo Sávio X. de Almeida CRM – 28576.

Surubim, 26 de dezembro de 2019.

UPA - DR. GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA
Av. Marilda de Arruda Guerra - Coqueiro
Surubim - PE
CNPJ: 08.937.139/0001-78

Ionara Soares de Andrade Silva
SAME - MAT. 910463

Prefeitura Municipal de Surubim -
Unidade de Pronto Atendimento – UPA / CNPJ: 08.937.139/0001-78
Avenida Marilda Arruda Guerra, S/N - Coqueiro - Surubim/PE - Fone /Fax: (81) 3634-1675



MURUBIM - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
UPA 24H DR GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA Cor/Raça: PARDO Nº OCORRÊNCIA: 00103953
Fronteiriço: 48953 CNS: Idade: 39 Anos 2 Meses 13 Dias Sexo: MASCULINO
Nome: ALBERTO BARBOSA DA SILVA Nascimento: 06/10/1980 Est.Civil:
End.: VERIADOR PIANCO DA SILVA FILHO Nº: 44 Bairro: CHÃ DO MARINHEIRO CEP: 55750000
Idade: SURUBIM Nac.: BRASILEIRA Doc nº: 46.416.644-63
Mãe: JACI FRANCISCA GOMES DA SILVA Pai: ABEL BARBOSA DA SILVA
Profissão: Responsável: Tel.: 81 96550682

Últimas Ocorrências:

Data: Hora: Nº Ocorrência: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

19/12/2019 10:08 103953 ACIDENTE
18/05/2019 06:48 68436 TRIAGEM

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

| HORÁRIO: | P.A. | FC | PULSO | PESO | ASSINATURA |
|----------|------|----|-------|------|------------|
| | | | | | |

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

- Paciente BEB, vítima de acidente de moto x carro, Glasgow 15/15, respiração espontânea. Com dor e rigidez cervical direita. Sem sinais de Abuso.

TRATAMENTO:

- 1) S.B.L. 500mg 8v
- 2) Tranqel 100mg 8v
- 3) Paracetamol 1g 8v
- 4) Rx + cervical; Torax; Abd.

EXAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

ÓBITO:

às _____ h _____ m do dia _____

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

DATA: 19/12/2019 10:08:31

☐ CURATIVO

☐ BÁSICO

☐ ESP

☐ NEBULIZAÇÃO

☐ RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

☐ URGÊNCIA BÁSICA

☐ URG. ESPECIALIZADA

☐ OBS. BÁSICA

☐ OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM

Hugo Sávio V. de Almeida

CRMP 26576

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICO / CONSELHO

HORÁRIO

RECEPCIONISTA: CINTIA BARROS DOS SANTOS



11.05. Procura com fortuna de elav.
ante D. n. 2. 2. de 12. 2. 2.
para J. X. de corpo natural L. 5.

① Encarado ao o. 5. 2. 2. 2.

Hugo Cordeiro de Mello Junior
CRM-PE: 26376



ATLHEIMENTO: RUA MARIO ESTAN SLAU - NUM. - 0-000 - SAO JEEAS
TIAO SURUBIN PE 55750-000

DADOS DO CLIENTE

MÁRIA ALBERTINA DE ARAÚJO
AV. VILAS JOSE PIANCO SILVA, N. 30044 - CHA DO MARINHEIRO - WURUEIN
PE 55750-000
INSC. EST. 14.720.500.3420.003 GRUPO: 12 DEB. AUTOMÁTICO: 0.452.4183

MATRÍCULA: 24524183

Out: 2019

| | | | | |
|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---|---------|
| SITUAÇÃO ÁGUA LIGADA | SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL | RESIDENCIAL 1 | QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL | PÚBLICA |
| HIDRÔMETRO A131016147 | DATA LEIT. ANTERIOR 05/10/2019 | DATA LEIT. ATUAL 06/11/2019 | TIPO DE CONSUMO (A/E) RESID. HD | |

ÁGUA:

LEIT. ANT: 229
LEIT. ATU: 239
LEIT. FAT: 239

CONSUMO: 6
TAXA MÍNIMA

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO

| | CONSUMO | NÚMERO DE AMOSTRAS | | | |
|---------|---------|-------------------------|-----------------|-----------------|--|
| | | EXIG. PORT. MS 2.914/11 | ANÁLISE REALIZ. | ATEND. A REGIS. | |
| 09/2019 | 04 | | | | |
| 08/2019 | 07 | | | | |
| 07/2019 | 07 | | | | |
| 06/2019 | 07 | | | | |
| 05/2019 | 04 | | | | |
| 04/2019 | 08 | | | | |
| MÉDIA: | 06 | | | | |

PARÂMETROS

TURBIDEZ
COR APARENTE
CLORO RESIDUAL
COLIF. TOTAIS
E. COLI

60
60
60
60
60

63
63
63
63
63

62
35
63
53
63

Qualidade de Água: www.copasa.com.br

OB1: C/ COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
C200: PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
C300: PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | CONSUMO | TOTAL (R\$) |
|--------------------------|---------|-------------|
| ÁGUA | | |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) | | |
| CONSUMO DE ÁGUA | 6 M3 | 44,98 |
| JUROS DE HORA 07/2019 | | 0,13 |

| TRIBUTOS | BASE DE CÁLCULO | PERCENTUAL | VALOR DO IMPOSTO |
|----------|-----------------|------------|------------------|
| IM | 44,08 | 1,65 | 0,73 |
| ISSQN | 44,08 | 7,00 | 3,09 |

VENCIMENTO: 20/11/2019 TOTAL A PAGAR: 44.27

MENSALEN:



EMANUEL COMPLEMENTOS
AV SAO SEBASTIAO
SAO SEBASTIAO/SURUBIM

Phoebus 19/11/2019 15:49
V11.7.3
PR: 202-021510 SEQ: 00155

| | | |
|---------|---------------|-------|
| COMPESA | VAL. PG.: R\$ | 44,27 |
|---------|---------------|-------|

R214006-00044270011145
#245241558118281970003
DOCUMENTO VALIDO COMO RECIBO DE PAGAMENTO

CELPE SERVICOS
SOLUCAO DE PAGAMENTO





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0055943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOÃO BATISTA 370

CPF 945 234 444-04

CENTRO SURIUBIM
SURIUBIM PE
55750-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofase

| DATA DA FATURA | SERIE | ENDEREÇO |
|----------------|-------------|-----------------|
| 09/01/2020 | UNICA | 07/01/2020 |
| IMPRESSÃO | Nº DO SUBST | Nº DA REGULAÇÃO |
| 07/01/2020 | 2011188008 | 3753008 |

| VERBA CONTADO | VALOR |
|---------------|------------|
| 7005749888 | 01/2020 |
| 14/01/2020 | 04/02/2020 |
| 83,80 | |

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|--|------------|-------------|-------------|
| Consumo Abco(W/h)-TUSD | 99,0000000 | 0,42656162 | 42,22 |
| Consumo Abco(W/h)-TE | 99,0000000 | 0,35875625 | 35,51 |
| Acrescimo Bandeira AMARELA | | | 1,88 |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal | | | 3,49 |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 075728887-07/10/19 | | | 0,70 |

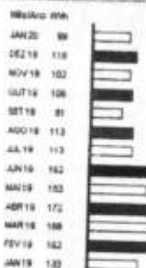
TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

83,80

| Nº DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | ANTERIOR LEITURA | ATUAL DATA | ATUAL LEITURA | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (Wh) |
|---------------|----------------|---------------|------------------|------------|---------------|------------|-----------|--------|--------------|
| ICSPM4 | Ca2 | 09-12-2019 | 26 457,30 | 07-01-2020 | 26 556,26 | 29 | 1,0000 | | 99,00 |

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE IMPOSTOS

| BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO |
|-----------------|-------|------------------|
| ICMS | 25,00 | 14,36 |
| PIS | 0,90 | 0,71 |
| COPIS | 4,15 | 3,30 |

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

| | R\$ | % |
|----------------------|-------|-------|
| Geração de Energia | 26,62 | 31,6% |
| Transmissão | 2,98 | 3,6% |
| Distribuição (Celpe) | 17,37 | 21,0% |
| Perdas de Energia | 6,47 | 8,0% |
| Energia Sotatada | 4,08 | 5,1% |
| Taxação | 23,91 | 30,0% |
| Total | 79,81 | 100% |

| | |
|------------------------|------------|
| Consumo Abco(W/h)-TUSD | 0,28656162 |
| Consumo Abco(W/h)-TE | 0,25000000 |

ANEXO B1E7 A357 B373 FCCC 8088 081A 0642

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no cartão de crédito de acordo com o valor da fatura e não se esqueça de cancelar o cartão de crédito antes de 15 dias após a emissão da fatura. Caso contrário, a fatura será considerada em atraso e a cobrança será feita com juros e multa. O cliente é responsável por manter o valor da fatura em dia. Caso contrário, a fatura será considerada em atraso e a cobrança será feita com juros e multa. O cliente é responsável por manter o valor da fatura em dia. Caso contrário, a fatura será considerada em atraso e a cobrança será feita com juros e multa.

Atenção: O cliente deve manter o valor da fatura em dia e não se esqueça de cancelar o cartão de crédito antes de 15 dias após a emissão da fatura. Caso contrário, a fatura será considerada em atraso e a cobrança será feita com juros e multa. O cliente é responsável por manter o valor da fatura em dia. Caso contrário, a fatura será considerada em atraso e a cobrança será feita com juros e multa.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS ATIVIDADES

| QUANTO | VALOR | LIMITE | LIMITE | LIMITE |
|---------|-------|--------|--------|--------|
| SURUBIM | 10,00 | 6,88 | 11,18 | 22,25 |
| PE | 0,00 | 3,30 | 6,72 | 13,45 |
| CEPE | 0,00 | 3,20 | 0,00 | 0,00 |

SÍMBOLO DE TENSÃO

| TENSÃO | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) |
|--------|------------------------|
| 220 | 202 231 |

LIMITE DIÁRIO: 17,22 SURUBIM - Valor de Energia de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 28,53



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 046.416.644-63 4 - Nome completo da vítima: ALBERTO BARBOSA DA SILVA

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

5 - Nome completo: ALBERTO BARBOSA DA SILVA 6 - CPF: 046.416.644-63
7 - Profissão: REC. SNF 8 - Endereço: AV. VEREADOR JOSE PIANCO DA SILVA 9 - Número: 44 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CHA DO MARINHEIRO 12 - Cidade: SUPUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-99700-1998

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: JINTER
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0001 CONTA: 37191837

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (mãe nascitor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não apresentado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SUPUBIM 03 DE JANEIRO 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0206000041**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/01/2020** às **08:43**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **19/12/2019** às **09:30**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO TATUS, PRÓXIMO A ASSEMBLÉIA DE DEUS - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 01, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL / ESTRADA DE TERRAPLANAGEM**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
DESCONHECIDO (OUTRO)
J H ELETRO LTDA EPP (OUTRO)
ALBERTO BARBOSA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ALBERTO BARBOSA DA SILVA**
REINO ANIMAL: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

ALBERTO BARBOSA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JACI FRANCISCA GOMES DA SILVA Pai: ABEL BARBOSA DA SILVA Data de Nascimento: 6/10/1980 Naturalidade: LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6118613/SSP/PE (RG), 04641664463 (CPF), 02165594516 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 3º, GRAU COMPLETO Profissão: COBRADOR Telefones Celulares: - 81982351656

Endereço Residencial: **AVENIDA VEREADOR JOSE PIANCO DA SILVA FILHO, 44 - CEP: 0 - Bairro: CHA DO MARINHEIRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

J H ELETRO LTDA EPP - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

06/01/2020 09:26



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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **J H ELETRO LTDA EPP**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALBERTO BARBOSA DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS KS** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLF8680** (PERNAMBUCO/SURUBIM) Renavam: **937873926** Chassi: **9C2KD03208R004302**

Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008** Combustível: **GASOLINA**

ANIMAL BOVINO (REINO ANIMAL) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a)

Sr(a): **DESCONHECIDO**

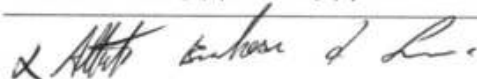
Categoria/Marca/Modelo: **BOVINO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

NO DIA DE HOJE COMPARECEU A ESTA DEPOL. DE SURUBIM-PE O SRº ALBERTO BARBOSA DA SILVA, INFORMANDO QUE NO DIA 19/12/2019 POR VOLTA DAS 09:30 HORAS SE ENCONTRAVA NO SÍTIO TATUS, NESTE MUNICÍPIO, A SERVIÇO DA EMPRESA J H ELETRO LTDA EPP, O QUAL TRANSITAVA EM UMA ESTRADA DE TERRAPLANAGEM COM A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA E EM UM DADO MOMENTO SURTIU UM ANIMAL BOVINO DE PEQUENO PORTE, DE PROPRIETÁRIO DESCONHECIDO, O QUAL SAIU DE UMA CERCA DE AVELOZ INDO PARA O MEIO DA ESTRADA DE TERRAPLANAGEM, QUE A VÍTIMA AINDA TENTOU EVITAR O ACIDENTE MAS NÃO FOI POSSÍVEL E ATROPELOU O REFERIDO ANIMAL QUE NÃO MORREU E O SRº ALBERTO BARBOSA DA SILVA TEVE FRATURA NA CRÁVICA DO LADO DIREITO. ADIANTA A VÍTIMA QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UNIDADE HOSPITALAR UPA, DESTA CIDADE, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E ENCAMINHADO PELO MÉDICO PLANTONISTA PARA A CLÍNICA ROBERTO MATEUS PARA UM MELHOR ATENDIMENTO. NADA MAIS A REGISTRAR.

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



ALBERTO BARBOSA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EDVALDO JOSE DA SILVA** - Matrícula: **3810267**



06/01/2020 09:26



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 046.416.644-63 4 - Nome completo da vítima: ALBERTO BARBOSA DA SILVA

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

5 - Nome completo: ALBERTO BARBOSA DA SILVA 6 - CPF: 046.416.644-63
7 - Profissão: REC. SNF 8 - Endereço: AV. VEREADOR JOSE PIANCO DA SILVA 9 - Número: 44 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CHA DO MARINHEIRO 12 - Cidade: SUPUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-99700-1998

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: JNTER
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0001 CONTA: 37191837

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (mãe nascitor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Assinatura da vítima ou beneficiário não apresentado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SUPUBIM 03 DE JANEIRO 2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





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, 17 de Abril de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200127399

Vítima: ALBERTO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 19/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALBERTO BARBOSA DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 16/04/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 00289/00290 - carta_09 - INVALIDEZ

00020145



Carta nº 15711853





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, 14 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200127399

Vítima: ALBERTO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 19/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALBERTO BARBOSA DA SILVA

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\$ 843,75 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: **ALBERTO BARBOSA DA SILVA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **077**

Agência: **000000001**

Conta: **000003719183-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200127399

Vítima: ALBERTO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 19/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALBERTO BARBOSA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15652483



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: 07/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALBERTO BARBOSA DA SILVA

BANCO: 077

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000003719183-7

Nr. da Autenticação ECF325175AB805FA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100582/20

Vítima: ALBERTO BARBOSA DA SILVA

CPF: 046.416.644-63

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/12/2019

Titular do CPF: ALBERTO BARBOSA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

ALBERTO BARBOSA DA SILVA : 046.416.644-63

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: 23/03/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/03/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100582/20

Número do Sinistro: 3200127399

Vítima: ALBERTO BARBOSA DA SILVA

CPF: 046.416.644-63

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALBERTO BARBOSA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

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: 14/04/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/04/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

| |
|---|
| NOME: ALBERTO BARBOSA DA SILVA |
| NACIONALIDADE: BRASILEIRA |
| PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR |
| IDENTIDADE: 6118613 SSP/PE CPF: 046.416.644-63 |
| DATA DO ACIDENTE: 19/12/2019 |
| COBERTURA: INVALIDEZ |
| VITIMA: ALBERTO BARBOSA DA SILVA |
| ENDEREÇO: AV VERDEADOR JOSE PIANCO DA SILVA FILHO, Nº 44, CHA DO MARINHEIRO, SURUBIM - PE |

OUTORGADO

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

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA.

SURUBIM- PE 20 DE DEZEMBRO 2019



Alberto Barbosa da Silva

INATURA DO OUTORGANTE

GERE FERRA POR AUTENTICIDADE)

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE
Rua Seta de Sete, 10, Centro - Surubim-PE
Fone: (81) 3534-1413 E-mail: cartorio@tabelionatosurubim-pe.com.br
Cruzeta Maria Silva de Lima - Tabelião Pública

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma(s) de: ALBERTO BARBOSA DA SILVA, Dou fe. Surubim, 20/12/2019. Em Testemunho da verdade, Cruzeta Maria Silva de Lima - Tabelião Pública. Valido Somente como Selo de Autenticidade. R\$ 4,91. Selo de Autenticidade. R\$ 4,91.

Selo: 0073214.MJC11201901.01558 20/12/2019 11:56:21
Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/validar



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200127399 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALBERTO BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 19/12/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA P.02/03/04/
IMAGEM P.05

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

**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 |
|---|---|---|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 % | Em grau completo - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| Total | | | 6,25 % | R\$ 843,75 |



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100582/20

Vítima: ALBERTO BARBOSA DA SILVA

CPF: 046.416.644-63

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/12/2019

Titular do CPF: ALBERTO BARBOSA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

ALBERTO BARBOSA DA SILVA : 046.416.644-63

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: 23/03/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/03/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

