Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

30/07/2020

Número: **0025138-34.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 23ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **01/06/2020**
Valor da causa: **R$ 11.306,25**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE PEDRO DA SILVA FILHO (AUTOR)	**EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)**
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65539726	30/07/2020 16:14	ANEXO 1	Outros (Documento)

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº Sequencial do ASL | CPF da vítima: 13596265495 | Nome completo da vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO | CPF: 13596265495

Profissão: REC INF | Endereço: RUA MANOEL SEVERINO DOS SANTOS | Número: 280 | Complemento: CASA

Bairro: PAO DE AÇUCAR | Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE | Estado: PE | CEP: 55790000

E-mail: | Tel (DDD): (81) 96650454

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
Nome do BANCO: ITAU
AGÊNCIA: 0491 ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: 26909 8 (informar o dígito se existir)

Autorizo a seguradora líder a efetuar na conta bancária informada de minha titularidade o valor da indenização/reembolso do seguro DPVAT e, caso não haja crédito na conta, desde já concordo com a seguradora líder a efetuar a quitação total do valor da indenização.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerer indenização do Seguro DPVAT, por uma dos seguintes razões (assinalar uma das opções):

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

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

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido de indenização do Seguro DPVAT, por atender em emergência, com mais [illegible] pessoas [illegible] Rua Barbosa Lima, 115 - Recife - PE - CEP 50761-040 [illegible] Gente Seguradora S/A

Sendo assim, solicito o prosseguimento do análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por meio de perícia médica, com base no laudo médico do Instituto Médico Legal (IML) [illegible] Declaro que estou ciente de que a não apresentação do laudo do IML [illegible] perícia médica [illegible] acidente de trânsito, conforme Lei nº 6.194/74, art. 3º, § 2º, e que a falsidade das informações aqui prestadas [illegible] sob as penas da lei.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - VERIFICADO
28 JAN 2019

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se teve filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou descendentes (netos/bisnetos)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder, quando cabível, a indenização do Seguro DPVAT por não ter herdeiros beneficiários, pode se apresentar e comprovar [illegible] estou ciente, ainda, de que a omissão ou declaração não verídica pode gerar a cobrança de seguro pago e/ou cobrável, além da responsabilidade criminal por infração ao art. 299 do Código Penal.

Local e Data: TAQUARITINGA DO NORTE/PE 24/01/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

José Pedro da Silva Filho

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: | CPF: | Assinatura

2ª | Nome: | CPF: | Assinatura

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

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

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

SAMU 192

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPL DE SAÚDE
SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) Sr (a) **JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO**, CPF-135.962.654-95, que consta nos registros de ocorrências do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por este serviço ao mesmo com **ID – 0333**, **REG- 23.638** no dia 25 de novembro de 2018, às 15 h e 48min, no sitio Boqueirão, Municipio de Brejo da Madre Deus, com queixa de colisão moto com moto, tendo sido enviado pela **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO (USB)** que prestou atendimento a vitima no local, transportando-o para UPA 24h

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: avaliação da equipe plantonista, protocolo de imobilização de trauma, verificação de sinais , AVP e remoção

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE ,08 DE JANEIRO 2019

Maria Lenice C. da Silva
Coordenação SAMU
Mat. 04164

MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA
COORDENADORA

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE – BASE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE em ___ / ___ / ___

_____

ITAÚ - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.193,75

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00491

CONTA: 000000026909-8

Autenticação:
6CFA6CD19BAD06C0587FE2647D0F044FE415C78EFA80DACBFDBA306901E69E7C

celpe neoenergia

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, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
EDITE MARIA DA SILVA

CPF: 020.355.004-86

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MANOEL SEVERINO DOS SANTOS 280

PAO DE ACUCAR/PAO DE ACUCAR
TAQUARITINGA DO NORTE PE
55790-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7015359751	12/2018

DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
14/12/2018	04/01/2019

TOTAL A PAGAR (R$): 100,75

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
141389180	ÚNICA	07/12/2018

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
7/12/2018	2002333442	3847336

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	119,0000000	0,73875354	87,91
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,30
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,24
ICMS Subvenção-CDE-NF 030084517 03/09/18			0,71
ICMS Subvenção-CDE-NF 033937734-04/10/18			0,63
Multa por atraso-NF 033937734 - 04/10/18			1,89
Juros por atraso-NF 033937734 - 04/10/18			0,73
Atualização IGPM-NF 033937734 - 04/10/18			0,54

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEVAT
CONFERIDO NAO VERIFICADO
28 JAN 2019
Gente Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

TOTAL DA FATURA 100,75

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
82781899	CAT	06-11-2018	9.781,00	07-12-2018	9.900,00	31	1,00000		119,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

DEZ 18	119
NOV 18	124
OUT 18	108
SET 18	108
AGO 18	99
JUL 18	100
JUN 18	127
MAI 18	134

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	88,21	25,00	22,30
PIS	88,21	0,79	0,70
COFINS	88,21	3,61	3,22

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R$	28,16	31,67%
Transmissão	R$	4,17	4,67%
Distribuição (Celpe)	R$	19,50	21,86%
Perdas de Energia	R$	5,14	5,66%
Encargos Setoriais	R$	5,02	5,63%
Tributos	R$	26,22	29,39%
Total	R$	89,21	100%

Consumo Ativo(kWh) — TARIFAS APLICADAS — 0,82168000

celpe neoenergia

CONTA CONTRATO: 7005749888
MÊS/ANO: 12/2018
DATA DE VENCIMENTO: 17/12/2018
DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA: 07/01/2019
TOTAL A PAGAR (R$): 154,54

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
[illegible]	ÚNICA	[illegible]

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
[illegible]	[illegible]	[illegible]

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo (kWh)	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Acrescimo Bandeira AMARELA			[illegible]
Contrib. Ilum. Pública Municipal			[illegible]
ICMS Subvenção CDE-AP (DOU 05/04/2018)			[illegible]
ICMS Subvenção CDE-AP (DOU 05/04/2018)			[illegible]

TOTAL DA FATURA 154,54

INFORMAÇÕES DE CONSUMO PARA A NOTA FISCAL

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

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

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

	%	R$	%
Geração de energia	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Transmissão	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Distribuição (Celpe)	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Perdas de energia	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Encargos setoriais	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Tributos	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Total	[illegible]	[illegible]	[illegible]

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

NOME: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 3092028 SSP PE
CPF: 574.940.534-68
DATA NASCIMENTO: 04/06/1968
FILIAÇÃO: AMARO FERNANDES DE OLIVEIRA HORTINHO
DALVANI COSTA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
PERMISSÃO: [redacted]
ACC: [redacted]
CAT. HAB.: AD
Nº HENASCIMENTO: 02410751208
VALIDADE: 15/12/2020
1ª HABILITAÇÃO: 25/09/1985
OBSERVAÇÕES: A
LOCAL: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
DATA EMISSÃO: 16/12/2015
4758707839 1
PNO7029846 7
DENATRAN

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
12194846 04

PARÍSSIMO PLASTIFICAR
12194846 04

celpe neoenergia

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, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
EDITE MARIA DA SILVA

CPF: 020.355.004-86

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MANOEL SEVERINO DOS SANTOS 280

PAO DE ACUCAR/PAO DE ACUCAR
TAQUARITINGA DO NORTE PE
55790-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7015359751	12/2018

DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
14/12/2018	04/01/2019

TOTAL A PAGAR (R$): 100,75

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
141389180	ÚNICA	07/12/2018

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
7/12/2018	2002333442	3847336

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	119,0000000	0,73875354	87,91
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,30
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,24
ICMS Subvenção-CDE-NF 030084517 03/09/18			0,71
ICMS Subvenção-CDE-NF 033937734-04/10/18			0,63
Multa por atraso-NF 033937734 - 04/10/18			1,89
Juros por atraso-NF 033937734 - 04/10/18			0,73
Atualização IGPM-NF 033937734 - 04/10/18			0,54

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DE VAT
CONFERE COM O ORIGINAL VERIFICADO
28 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

TOTAL DA FATURA 100,75

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
82781899	CAT	06-11-2018	9.781,00	07-12-2018	9.900,00	31	1,00000		119,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

DEZ 18	119
NOV 18	124
OUT 18	108
SET 18	108
AGO 18	99
JUL 18	100
JUN 18	127
MAI 18	134

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	88,21	25,00	22,30
PIS	88,21	0,79	0,70
COFINS	88,21	3,61	3,22

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R$	28,16	31,67%
Transmissão	R$	4,17	4,67%
Distribuição (Celpe)	R$	19,50	21,86%
Perdas de Energia	R$	5,14	5,66%
Encargos Setoriais	R$	5,02	5,63%
Tributos	R$	26,22	29,39%
Total	R$	89,21	100%

Consumo Ativo(kWh) — TARIFAS APLICADAS — 0,82168000

celpe neoenergia

CONTA CONTRATO: 7005749888
MÊS/ANO: 12/2018
DATA DE VENCIMENTO: 17/12/2018
DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA: 07/01/2019
TOTAL A PAGAR (R$): 154,54

CLASSIFICAÇÃO

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
[illegible]	UNICA	[illegible]

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
[illegible]	[illegible]	[illegible]

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo (kWh)	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Acrescimo Bandeira AMARELA			[illegible]
Contrib. Ilum. Pública Municipal			[illegible]
ICMS Subvenção CDE-AP (30/08/2018 a 30/09/2018)			[illegible]
ICMS Subvenção CDE-AP (07/08/2018 a 06/09/2018)			[illegible]

TOTAL DA FATURA 154,54

INFORMAÇÕES DE CONSUMO PARA A NOTA FISCAL

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

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

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

Geração de energia	[illegible]	[illegible]
Transmissão	[illegible]	[illegible]
Distribuição (Celpe)	[illegible]	[illegible]
Perdas de energia	[illegible]	[illegible]
Encargos setoriais	[illegible]	[illegible]
Tributos	[illegible]	[illegible]
Total	[illegible]	[illegible]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONFERIDO E VERIFICADO
23 JAN 2020
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 115 Loja 5
Graças - Recife / PE

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

NOME: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 3092028 SSP PE
CPF: 574.940.534-68
DATA NASCIMENTO: 04/06/1968
FILIAÇÃO: ANARO FERNANDES DE OLIVEIRA MORAINO
DALVANI COSTA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
PERMISSÃO: [redacted]
ACC: [redacted]
CAT. HAB.: AD
Nº REGISTRO: 01410751208
VALIDADE: 15/12/2020
1ª HABILITAÇÃO: 25/09/1985
OBSERVAÇÕES: A
LOCAL: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
DATA EMISSÃO: 16/12/2015
4758707839 1
PNO7029846 7

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1219484604

PARÍSSIMO PLASTIFICAR
1219484604

Seguradora LIDER

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 022 204 ou 0800 221200 (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 SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**[2].

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A FERNANDES inscrito (a) no CPF 574940534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE PEDRO DA SILVA FILHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 135962654/95, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE PEDRO DA SILVA FILHO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 135962654/95, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONFERE COM O ORIGINAL VERIFICADO
28 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rio Branco 115 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP 52011-040

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço informado, 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	Número	Complemento
RUA JOAO BATISTA	370	CASA

Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	SURUBIM	PE	55750000

E-mail	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
apsiqueira1994@yahoo.com.br	(81) 96650454	(81) 81335022

SURUBIM/PE, 24 de JANEIRO de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante

** DR_001 V001/2017

Seguradora LIDER

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 022 204 ou 0800 221200 (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 SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**[2].

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A FERNANDES inscrito (a) no CPF 574 940 534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE PEDRO DA SILVA FILHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 135 962 654 / 95, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE PEDRO DA SILVA FILHO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 135 962 654 / 95, 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 informado, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONFERIDO / NÃO VERIFICADO
28 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rio Branco 115 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP 52011-040

Endereço	Número	Complemento
RUA JOAO BATISTA	370	CASA
Bairro: CENTRO	Cidade: SURUBIM	Estado: PE
CEP: 55750000		
Email: apsignos1994@yahoo.com.br	Telefone comercial (DDD): (81) 96650454	Telefone celular (DDD): (81) 81335022

SURUBIM/PE, 24 de JANEIRO de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante

** DRL 001 V001/2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Pedro da Silva,

RG nº 4.848.426, data de expedição 27/06/05,

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 972.076.244/68, com domicílio na cidade de Taquaritinga do Norte, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Povoado de Pão de Açúcar, nº S/N,

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima José Pedro da Silva Filho, cujo o condutor era José Pedro da Silva Filho.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda CG 150
Ano: 2008
Placa:
Chassi:
Data do Acidente: 25/11/2018.
Local e Data: Taquaritinga do Norte (PE), 27/12/2018.

José Pedro da Silva
Assinatura do Declarante

José Pedro da Silva Filho
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Graças - Recife-PE

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DISTRITAL

Reconheço por autenticidade a firma de JOSE PEDRO DA SILVA, [illegible] Em testemunho da verdade. Escrevente Autorizada: Jeanie Tavares Ferreira Silva

0031323/19

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Pedro da Silva,

RG nº 4.848.426, data de expedição 27/06/05,

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 992.076.244/68, com domicílio na cidade de Vasconcelos do Norte, no Estado do Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Povoado de Pão de Açúcar, nº S/N,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima José Pedro da Silva Filho, cujo o condutor era José Pedro da Silva Filho.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda CG 150
Ano: 2008
Placa: KFT 4683
Chassi: 9C2KC0810 8R 182922
Data do Acidente: 25/11/2018.
Local e Data: Vasconcelos do Norte (PE), 27/12/2018.

José Pedro da Silva
Assinatura do Declarante

José Pedro da Silva Filho
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DO DISTRITO FEDERAL

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

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Pedro da Silva,

RG nº 4.848.426, data de expedição 27/06/05,

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 972.076.244/68, com domicílio na cidade de Tacaratinga do Norte, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Povoado de Pão de Açúcar, nº S/N,

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima José Pedro da Silva Filho, cujo o condutor era José Pedro da Silva Filho.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda CG 150
Ano: 2008
Placa:
Chassi:
Data do Acidente: 25/11/2018.
Local e Data: Tacaratinga do Norte (PE), 27/12/2018.

José Pedro da Silva
Assinatura do Declarante

José Pedro da Silva Filho
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Graças - Recife-PE

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DISTRITAL

Reconheço por autenticidade a firma de JOSE PEDRO DA SILVA, [illegible] Em testemunho da verdade. Escrevente Autorizada: Jeanie Tavares Ferreira Silva

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DISTRITAL
PÃO DE AÇÚCAR - TACARATINGA DO NORTE - PE
[illegible] ESCREVENTE AUTORIZADO

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
UMA CIDADE MELHOR PARA TODOS

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr. **JOSE PEDRO DA SILVA FILHO** nascido em 08/08/1995 esteve nesta unidade hospitalar no dia 25/11/2018 por volta das **17h09min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 14 de JANEIRO de 2018.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 JAN 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

ATENCIOSAMENTE

José Ademir Pereira
Diretor
Unidade de Pronto Atendimento UPA-24h
MAT. 514591

JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

UPA 24h

FICHA DE ATENDIMENTO

RECEPCIONISTA: _____ Data: 25/11/18 Hora: 16:48 min

Nome: José Pedro da Silva Filho Nº do Prontuário: _____

RG: _____ Idade: 21 Nascimento: ___/___/___ Nº SUS _____

Estado Civil: _____ Profissão: _____ Fone: ( ) _____

Endereço: _____ Nº _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Acompanhante: ( ) Sim Não ( ) Nome: _____

Pai: _____

Mãe: _____

Dados da Triagem: (Técnico de enfermagem) Horário: ___:___min

PA: 120 x 90 mmHg T: _____ HGT: 89 FC: 132 FR: 18 SaO2%: 98%

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: ___:___min

Doenças preexistentes: _____

Alergias: Nega

Uso de medicações: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 29 JAN 2019 Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5 Graças Recife/PE CEP: 52011-0

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

Apnéia( ); Cianose( ); Estridor ( );PC<50>140( ): FR >32vpm( ); Extremidades frias( );Pulso fraco( ); Pulso ausente( ); Sudorese( ); PAS<80mmhg( ); PAD>130mmhg( );Letargia( );Convulsionando( ); Iresponsivo ou só resposta a dor( ); Intoxicação exógena( ); Sangramento intenso( ); Lesão grave( ) Queimaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas ( ); Hipoglecia com sudorese intensa( )

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELO:

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16( ); FC<50 ou >140( ); PAS<90 ou >190mmhg( ); PAD>130( ) Febre >39°C( ); Febre com imunodepressão( ); Convulsão nas ultimas 24h( ); mucosas ressecadas( ) Queimaduras de 1° e 3° graus em áreas não criticas( ); Abuso sexual( ); Dor abdominal ou torácica intensa( ); Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa( ); historia até 72h de: Melena( ) ; Hematêmese( ); enterorragia( ); epistaxe( );Acidente perfuro/cortante c/ mat biológico( );

OBS: _____

Idoso com queixas ( ); TCE sem perda de consciência( ); Febre sem outros sinais clínicos( ); Lombalgia intensa( ); Retorno com >24h( ); Entorse, suspeita de fraturas, luxações( );Dor abdominal sem alterações de SSVV( ); PAS entre 160 a 190mmhg sem sintomas( ); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas( ); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia( ).

OBS: [illegible]

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas( ); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal ( ); Coriza crônica ou recorrente( ); Queimaduras de 1° grau em áreas não criticas >6h ( ); Curativos ou ret. de pontos ( ); Vômitos ou diarréia sem desidratação( ); Constipação intestinal sem outros sintomas( );Administração de medicamentos( ); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes( ).

OBS:

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO [ ] AMARELO [ ] VERDE [x] AZUL [ ]

ENCAMINHADO: Médico ASS. E CARIMBO: Magna Maria da Silva Administração - Prontuário COREN-PE 510833

ORIENTAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL:

MÉDICO:

Histórico do paciente: [illegible]

Exame Físico:

Hipótese diagnóstica [illegible]

Conduta: [illegible]

Tarciana de Almeida Medico CRM PE 19481

ASS. E CARIMBO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

RECEITUÁRIO

Nome: José Pedro de Souza

[illegible]

Pct/ vítima de acidente [illegible]
- tem [illegible] / mal [illegible]
[illegible]
- pct/ [illegible]
+ outros (1).

- RC 1X - Pct deslocado fraturas [illegible]
[illegible] e [illegible]
de outros (1)

- EO - Encaminho [illegible]
[illegible]

- Solicito avaliação [illegible]
[illegible].

Data: 25/11/2018 Grato,

Diego Costa de Almeida
MÉDICO
CRM-PB 19881

Nome Medicamento: NIA

Contato: 5564256

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
LOCATÁRIO NÃO VERIFICADO
29 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: José Pedro da Silva Filho

Prontuário: 330102

Data: 05 / 12 / 18 Hora:

DIAGNÓSTICO:

Fratura completa de mandíbula (parassínfise ⓑ e corpo ⓔ mandibular)

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Retornar no ambulatório de Bucomaxilo, dia 18/12/18 7 horas

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 6
Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

TRATAMENTO REALIZADO:

Osteossíntese de fratura de mandíbula

Alta Hospitalar: Data: 12 / 12 / 18 Hora: 08:30

Dra. Jeanne [illegible]
Cirurgiã [illegible]
Buco-Maxilo
CRO/PE [illegible]

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGENCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: [illegible] Prontuário: [illegible]

Nome: [illegible]
Data Nasc: [illegible] **Idade:** [illegible] **Sexo:** [illegible] **Cor:** PARDA **Religião:**
CPF: **RG:** **CNS:** [illegible]
Endereço: [illegible] **Nº:** [illegible]
Bairro: [illegible] **Cidade:** CARUARU DO NORTE **Estado:** PE
CEP: [illegible] **Profissão:** AUTONOMO
Nome da Mãe: [illegible]
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: [illegible]
Clínica: [illegible]

2 - ATENDIMENTO Data: 05/10/2018 [illegible]:40 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal: [illegible]

Exame Físico: PA: _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisório:

Prescrição

Dieta:

Data **Horário**

FICHA DE

N 205515

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
UMA CIDADE MELHOR PARA TODOS

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr. **JOSE PEDRO DA SILVA FILHO** nascido em 08/08/1995 esteve nesta unidade hospitalar no dia 25/11/2018 por volta das **17h09min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 14 de JANEIRO de 2018.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 JAN 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

ATENCIOSAMENTE

José Ademir Pereira
Diretor
Unidade de Pronto Atendimento UPA-24h
MAT. 514591

JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

UPA 24h

FICHA DE ATENDIMENTO

RECEPCIONISTA: _____ Data: 25/11/18 Hora: 16:48 min

Nome: José Pedro da Silva Filho Nº do Prontuário: _____

RG: _____ Idade: 21 Nascimento: ___/___/___ Nº SUS _____

Estado Civil: _____ Profissão: _____ Fone: ( ) _____

Endereço: _____ Nº _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Acompanhante: ( ) Sim Não ( ) Nome: _____

Pai: _____

Mãe: _____

Dados da Triagem: (Técnico de enfermagem) Horário: ___:___min

PA: 120 x 90 mmHg T: _____ HGT: 89 FC: 132 FR: 18 SaO2%: 98%

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: ___:___min

Doenças preexistentes: _____

Alergias: Nega

Uso de medicações: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 29 JAN 2019 Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 115 Loja 5 Graças Recife/PE CEP: 52011-0

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

Apnéia( ); Cianose( ); Estridor ( );PC<50>140( ): FR >32vpm( ); Extremidades frias( );Pulso fraco( ); Pulso ausente( ); Sudorese( ); PAS<80mmhg( ); PAD>130mmhg( );Letargia( );Convulsionando( ); Iresponsivo ou só resposta a dor( ); Intoxicação exógena( ); Sangramento intenso( ); Lesão grave( ) Queimaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas ( ); Hipoglecia com sudorese intensa( )

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELO:

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16( ); FC<50 ou >140( ); PAS<90 ou >190mmhg( ); PAD>130( ) Febre >39°C( ); Febre com imunodepressão( ); Convulsão nas ultimas 24h( ); mucosas ressecadas( ) Queimaduras de 1° e 3° graus em áreas não criticas( ); Abuso sexual( ); Dor abdominal ou torácica intensa( ); Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa( ); historia até 72h de: Melena( ) ; Hematêmese( ); enterorragia( ); epistaxe( );Acidente perfuro/cortante c/ mat biológico( );

OBS: _____

Idoso com queixas ( ); TCE sem perda de consciência( ); Febre sem outros sinais clínicos( ); Lombalgia intensa( ); Retorno com >24h( ); Entorse, suspeita de fraturas, luxações( );Dor abdominal sem alterações de SSVV( ); PAS entre 160 a 190mmhg sem sintomas( ); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas( ); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia( ).

OBS: [illegible]

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas( ); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal ( ); Coriza crônica ou recorrente( ); Queimaduras de 1° grau em áreas não criticas >6h ( ); Curativos ou ret. de pontos ( ); Vômitos ou diarréia sem desidratação( ); Constipação intestinal sem outros sintomas( );Administração de medicamentos( ); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes( ).

OBS:

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO [ ] AMARELO [ ] VERDE [x] AZUL [ ]

ENCAMINHADO: Médico ASS. E CARIMBO: Magna Maria da Silva Administração - Prontuário COREN-PE 510833

ORIENTAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL:

MÉDICO:

Histórico do paciente: [illegible]

Exame Físico:

Hipótese diagnóstica [illegible]

Conduta: [illegible]

Tarciana de Almeida Medico CRM PE 19481

ASS. E CARIMBO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

RECEITUÁRIO

Nome: José Pedro de Souza

[illegible]

Pct/ vítima de acidente [illegible]
- tem [illegible] / mal [illegible]
[illegible]
- pct/ [illegible]
+ outros (1).

- RX - Fat detectado [illegible]
[illegible] e [illegible]
de outros (1)

- ECG - [illegible]
[illegible]

- Solicito avaliação [illegible]
especialista.

Data: 25/11/2018 Grato,

Diego Costa de Almeida
Médico
CRM-PB 19881

Nome Medicamento: NIA.

Contato: 5564256

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
LAUDO NÃO VERIFICADO
29 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: José Pedro da Silva Filho

Prontuário: 330102

Data: 05 / 12 / 18 Hora:

DIAGNÓSTICO:

Fratura completa de mandíbula (parassínfise ⓑ e corpo ⓔ mandibular)

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Retornar ao ambulatório de Dr. Ariston Vieira, dia 18/12/18 7 horas

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 JAN 2019
Gente Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 6
Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

TRATAMENTO REALIZADO:

Osteossíntese de fratura de mandíbula

Alta Hospitalar: Data: 12 / 12 / 18 Hora: 08:30

Dra. Jeanne [illegible]
Cirurgiã [illegible]
Buco-Maxilo
CRO/PE [illegible]

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO

Loc. Nasc. CAMPINA GRANDE Est. PB Data 08/08/1965

Filiação JOSÉ PEDRO DA SILVA E ERINEIDE BARBOSA DA SILVA

Doc. Nº CN. 9165, L. A-M, FLS. 44 Nº CART. TAB. DO NORTE PE

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ...../...../..... Doc. Ident. Nº .....

Exp. em ...../...../..... Estado .....

Obs.: .....

Data Emissão 09/07/2014 SRTE TAB. DO NORTE PE

Assinatura do Funcionário

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 064997 Série 00108

José Pedro da Silva Filho

ASSINATURA DO PORTADOR

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 JAN 2019

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 716 Lote 5

Graças - Recife / PE CEP: 52011-000

Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **135.962.654-95**

Nome: **JOSE PEDRO DA SILVA FILHO**

Data de Nascimento: **08/08/1995**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **19/01/2016**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:23:10** do dia **17/01/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **4E60.0417.A470.B5E5**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

celpe neoenergia

CONTA CONTRATO: 7005749888
MÊS/ANO: 12/2018
DATA DE VENCIMENTO: 17/12/2018
DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA: 07/01/2019
TOTAL A PAGAR (R$): 154,54

CLASSIFICAÇÃO

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
[illegible]	ÚNICA	[illegible]

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
[illegible]	[illegible]	[illegible]

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo (kWh)	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Acrescimo Bandeira AMARELA			[illegible]
Contrib. Ilum. Pública Municipal			[illegible]
ICMS Subvenção CDE-AP (30/08/2018 a 30/09/2018)			[illegible]
ICMS Subvenção CDE-AP (07/08/2018 a 06/09/2018)			[illegible]

TOTAL DA FATURA 154,54

INFORMAÇÕES DE CONSUMO PARA A NOTA FISCAL

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

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

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

Geração de energia	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Transmissão	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Distribuição (Celpe)	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Perdas de energia	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Encargos setoriais	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Tributos	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Total	[illegible]	[illegible]	[illegible]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONFERIDO E VERIFICADO
23 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 115 Loja 5
Graças - Recife / PE

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

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 1092028 SSP PE
CPF: 574.940.514-68
DATA NASCIMENTO: 04/06/1968
FILIAÇÃO: ANARO FERNANDES DE OLIVEIRA MORAINO
DALVANI COSTA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
PERMISSÃO: [redacted]
ACC: [redacted]
CAT. HAB.: AD
Nº REGISTRO: 01410751208
VALIDADE: 15/12/2020
1ª HABILITAÇÃO: 25/09/1985
OBSERVAÇÕES: A
LOCAL: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
DATA EMISSÃO: 16/12/2015
4758707839 1
RNC/029846 1

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1219484604

PARÍSINHO PLASTIFICAR
1219484604

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO

Loc. Nasc. CAMPINA GRANDE Est. PB Data 08/08/1965

Filiação JOSÉ PEDRO DA SILVA E ERINEIDE BARBOSA DA SILVA

Doc. Nº CN. 9165, L. A-M, FLS. 440 v. CART. TAB. DO NORTE PE

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ...../...../..... Doc. Ident. Nº .....

Exp. em ...../...../..... Estado .....

Obs.: .....

Data Emissão 09/07/2014 SRTE TAB. DO NORTE PE

Assinatura do Funcionário

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 064997 Série 00108

José Pedro da Silva Filho
ASSINATURA DO PORTADOR

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 710 Lote 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-000

Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **135.962.654-95**

Nome: **JOSE PEDRO DA SILVA FILHO**

Data de Nascimento: **08/08/1995**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **19/01/2016**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:23:10** do dia **17/01/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **4E60.0417.A470.B5E5**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

celpe neoenergia

CONTA CONTRATO: 7005749888
MÊS/ANO: 12/2018
DATA DE VENCIMENTO: 17/12/2018
DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA: 07/01/2019
TOTAL A PAGAR (R$): 154,54

CLASSIFICAÇÃO

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
[illegible]	UNICA	[illegible]

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
[illegible]	[illegible]	[illegible]

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo (kWh)	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Acrescimo Bandeira AMARELA			[illegible]
Contrib. Ilum. Pública Municipal			[illegible]
ICMS Subvenção CDE-AP (30/08/2018 a 30/09/2018)			[illegible]
ICMS Subvenção CDE-AP (07/08/2018 a 06/09/2018)			[illegible]

TOTAL DA FATURA 154,54

INFORMAÇÕES DE CONSUMO PARA A NOTA FISCAL

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

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

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

Geração de energia	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Transmissão	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Distribuição (Celpe)	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Perdas de energia	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Encargos setoriais	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Tributos	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Total	[illegible]	[illegible]	[illegible]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONFERIDO E VERIFICADO
23 JAN 2020
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 115 Loja 5
Graças - Recife / PE

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

NOME: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 3092028 SSP PE
CPF: 574.940.514-68
DATA NASCIMENTO: 04/06/1968
FILIAÇÃO: AMARO FERNANDES DE OLIVEIRA MORAINO
DALVANI COSTA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
PERMISSÃO: [redacted]
ACC: [redacted]
CAT. HAB.: AD
Nº HENASCIM: 01410751208
VALIDADE: 15/12/2020
1ª HABILITAÇÃO: 25/09/1985
OBSERVAÇÕES: A
LOCAL: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
DATA EMISSÃO: 16/12/2015
4758707839 1
PNO/029846 1
DENATRAN

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1219484604

PARÍSINHO PLASTIFICAR
1219484604

DEPOSITADO EM CARTÓRIO
26 JAN 2009
Gente Seguradora S/A

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013932982702
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CATEGORIA: PARTICULAR

CAT.	RENAVAM	RENTRO	EXERCÍCIO
1	968964974	**********	2018

NOME: JOSE PEDRO DA SILVA

TORITAMA-PE

CPF/CNPJ	PLACA
372.076.244-68	KET4669

PLACA ANTERIOR	CHASSI
*******	[illegible]

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
2AS /MOTOCICLETA/MOTO-TAX	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN KS	2008	2009

CAT. OBT.	CAT. ATUAL	CONFIGURAÇÃO
2B/[illegible]SCL	ALUGUEL	BRITA

IPVA — COTA ÚNICA: IPVA 2017 QUITADO — VENC. COTAS: 1ª ********, 2ª ********, 3ª ********
FAIXA IPVA: 1 — PARCELAMENTO EXTRA: **********

PREÇO DAS PARCELAS (DPVAT/RS) — PRÊMIO TOTAL (R$) — DATA DE ENCERRAMENTO
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA

TORITAMA — DATA: 20/03/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

CONTRAN — CONTRAN

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

PE Nº 013932982702 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE PEDRO DA SILVA

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

TORITAMA-PE — EXERCÍCIO: 2018 — DATA EMISSÃO: 20/03/18

VIA	CPF/CNPJ	PLACA
1	372.076.244-68	KET4669

RENAVAM	MARCA/MODELO
968964974	HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB.	CAT. VAF	Nº CHASSI
2008	09	9C2KC0810SR182922

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	VALOR PARCELA (R$)
SEGURO PAGO		

PAGAMENTO: ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO — DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013932982702

CENTRAN

CAT.	RENAVAM	RENTRO	EXERCÍCIO
1	968964974	**********	2018

NOME
JOSE PEDRO DA SILVA

TORITAMA-PE

CPF/CGC: 372.076.244-68
PLACA: KFT4669

PLACA ANTERIOR: ********
CHASSI: 9C2KC0810 9R182922

ESPÉCIE/TIPO: 2AS /MOTOCICLETA/MOTO-TAXI
COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 TITAN KS
ANO FAB.: 2009
ANO MOD.: 2009

CAT. ROD. OU ...: 2511390L
CARROCERIA: AUGUEL
CONFIGURAMIN...: ERITA

IPVA
COTA ÚNICA: IPVA 2018 QUITADO
VALOR COTA ÚNICA:
VENC. COTAS:
1ª **********
2ª **********
3ª **********
FAIXA IPVA: 1
PARCELAMENTO ESTADUAL: **********

PRÊMIO TAR FÁBRICA (IOF/RS):
PRÊMIO TOTAL (RS):
DATA DE ENCERRAMENTO:

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

TORITAMA
DATA: 20/03/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

CONTRAN

DEPOSITADO EM CARTÓRIO
26 JAN 2009
Gente Seguradora S/A

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

PE Nº 013932982702 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE PEDRO DA SILVA

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

TORITAMA-PE

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	20/03/18

VIA	CPF/CNPJ	PLACA
1	372.076.244-68	KFT4669

RENAVAM	MARCA/MODELO
968964974	HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB.	CAT/ROD	Nº CHASSI
2006	09	9C2KC0810 9R182922

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DETRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	VALOR PARA ACIONAMENTO
SEGURO PAGO		

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

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

Seguradora Líder · DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

DATA DO ACIDENTE 25/11/18 CPF DA VÍTIMA 135962654 96

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EDUARDO JOSE DE A FERNANDES

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

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOAO BATISTA

Nº 370 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO

CIDADE SURUBIM UF PE CEP 55750000

E-MAIL apeguro01994@yahoo.com.br TELEFONE (81) 96650454

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONFERIDO/NÃO VERIFICADO 28 JAN 2019

Gente Seguradora S/A Rua Barbosa, 145 Loja 5 CEP: 52011-040 Recife - PE

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

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

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

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

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

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

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

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

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

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

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA _____	DATA _____
IDENTIDADE 3092028 SSP PE	NOME _____
ASSINATURA	ASSINATURA _____

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429437/19

Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Data do acidente: 25/11/2018

CPF: 135.962.654-95

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA 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
Outros

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

JOSE PEDRO DA SILVA FILHO : 135.962.654-95

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: 03/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190672804 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 25/11/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MANDÍBULA.
FRATURA DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - PLACA E PARAFUSOS EM MANDÍBULA PG. 3, DEMAIS CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS EM GRAU RESIDUAL E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM OMBRO DIREITO EM GRAU LEVE.

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
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 %	Em grau residual - 10 %	10%	R$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R$ 843,75
		Total	**16,25 %**	**R$ 2.193,75**

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO, portador do RG nº 9.988.412 SDS/PE e CPF 135.962.654-95, brasileiro, alfabetizado, solteiro, agricultor, nascido em: 08/08/1995, filho de: Jose Pedro da Silva e Erineide Barbosa da Silva, domiciliado e residente Rua Manoel Severino dos Santos, 282, Pão de Açucar, Taquaritinga do Norte - PE. Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constituo seu bastante procurador o **Sr EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**, brasileiro, alfabetizado, funcionário público aposentado, portador do RG nº 3.092.028 SSP/PE e CPF nº 574.940.534-68, domiciliado e residente na Rua João Batista, nº 370, Centro, Surubim-PE. Por seu representante legal, a quem confere amplos e ilimitados poderes e com o fim especial para representar a(o) outorgante junto a quaisquer **SEGURADORA** do consórcio de seguro obrigatório e danos pessoais do ramo **DPVAT**, tratando de todos os seus interesses e direitos com relação ao recebimento da indenização deixada pela **INVALIDEZ** sofrida pela vítima **JOSE PEDRO DA SILVA FILHO,** portador do CPF 135.962.654-95, o qual foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia **25/11/2018,** podendo o seu dito procurador **APRESENTAR, FIRMAR DOCUMENTOS, DECLARAÇÕES E ASSINAR O FORMULÁRIO DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**, receber a devida indenização, através de cheque ou dinheiro, tanto da seguradora competente, como de qualquer agência bancária do estado de Pernambuco, podendo mais representar o(s) outorgante (s) junto a quaisquer **repartições pública ou bancária**, passar recibos, receber, desistir, fazer acordo, **assinar e requerer qualquer documento que lhe for apresentado que se relacione com o recebimento da indenização e liquidação do sinistro** , enfim, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho do presente mandato, com os poderes irrevogáveis.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
ASSINATURA NÃO VERIFICADA
28 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Andar 5
Graças - Recife/PE

TAQUARITINGA DO NORTE-PE, 27 de DEZEMBRO de 2018.

OUTORGANTE: José Pedro da Silva Filho
JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DISTRITAL
Reconheço por Autenticidade a firma de JOSE PEDRO DA SILVA FILHO
PÃO DE AÇUCAR, TAQUARITINGA DO NORTE - PE
BELA MARIA APARECIDA DE QUEIROZ PEIXOTO
ESCREVENTE AUTORIZADO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO, portador do RG nº 9.988.412 SDS/PE e CPF 135.962.654-95, brasileiro, alfabetizado, solteiro, agricultor, nascido em: 08/08/1995, filho de: Jose Pedro da Silva e Erineide Barbosa da Silva, domiciliado e residente Rua Manoel Severino dos Santos, 282, Pão de Açucar, Taquaritinga do Norte - PE. Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constituo seu bastante procurador o **Sr EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**, brasileiro, alfabetizado, funcionário público aposentado, portador do RG nº 3.092.028 SSP/PE e CPF nº 574.940.534-68, domiciliado e residente na Rua João Batista, nº 370, Centro, Surubim-PE. Por seu representante legal, a quem confere amplos e ilimitados poderes e com o fim especial para representar a(o) outorgante junto a quaisquer **SEGURADORA** do consórcio de seguro obrigatório e danos pessoais do ramo **DPVAT**, tratando de todos os seus interesses e direitos com relação ao recebimento da indenização deixada pela **INVALIDEZ** sofrida pela vítima **JOSE PEDRO DA SILVA FILHO,** portador do CPF 135.962.654-95, o qual foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia **25/11/2018,** podendo o seu dito procurador **APRESENTAR, FIRMAR DOCUMENTOS, DECLARAÇÕES E ASSINAR O FORMULÁRIO DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**, receber a devida indenização, através de cheque ou dinheiro, tanto da seguradora competente, como de qualquer agência bancária do estado de Pernambuco, podendo mais representar o(s) outorgante (s) junto a quaisquer **repartições pública ou bancária**, passar recibos, receber, desistir, fazer acordo, **assinar e requerer qualquer documento que lhe for apresentado que se relacione com o recebimento da indenização e liquidação do sinistro** , enfim, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho do presente mandato, com os poderes irrevogáveis.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
ASSINATURA NÃO VERIFICADA
28 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Andar 5
Graças - Recife/PE

TAQUARITINGA DO NORTE-PE, 27 de DEZEMBRO de 2018.

OUTORGANTE: José Pedro da Silva Filho
JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DISTRITAL
PÃO DE AÇÚCAR - TAQUARITINGA DO NORTE - PE
BELA MARIA APARECIDA DE QUEIROZ PEIXOTO
Reconheço por Autenticidade a firma de JOSE PEDRO DA SILVA FILHO
Taquaritinga do Norte, 27/12/2018. Selo: 0076596.B2012201805.000011
Emolumentos: R$ 3,01; Fetelpa: R$ 0,60; Total: R$ 3,61
Escrevente Autorizado: Joane Tavares
Em testemunho da verdade.
JOANE TAVARES FERREIRA SILVA
ESCREVENTE AUTORIZADO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031323/19

Número do Sinistro: 3190072596

Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Data do acidente: 25/11/2018

CPF: 135.962.654-95

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/02/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429437/19

Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Data do acidente: 25/11/2018

CPF: 135.962.654-95

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA 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
Outros

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

JOSE PEDRO DA SILVA FILHO : 135.962.654-95

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: 03/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

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, 30 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190072596
Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO
Data do Acidente: 25/11/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00055/00056 - carta_03 - INVALIDEZ

00050028

Carta nº 13877108

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, 30 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190072596 **Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO**

Data do Acidente: 25/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

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. 00589/00590 - carta_01 - INVALIDEZ

00020295

Carta nº 13877118

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, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190672804 **Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO**

Data do Acidente: 25/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

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. 01739/01740 - carta_01 - INVALIDEZ

00020870

Carta nº 15196707

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, 15 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190672804 **Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO**

Data do Acidente: 25/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Pag. 01395/01396 - carta_15R - INVALIDEZ

00030698

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$ 2.193,75

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R$ 843,75

Recebedor: **JOSE PEDRO DA SILVA FILHO**
Valor: **R$ 2.193,75**
Banco: **341**
Agência: **000000491**
Conta: **0000026909-8**
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.

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº Sinistro ASL: | CPF da vítima: 13596265495 | Nome completo da vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO | CPF: 13596265495

Profissão: REC INF | Endereço: RUA MANOEL SEVERINO DOS SANTOS | Número: 280 | Complemento: CASA

Bairro: PAO DE AÇUCAR | Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE | Estado: PE | CEP: 55790000

E-mail: | Tel (DDD): (81) 96650454

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR | ☐ ATÉ R$1.000,00 | ☐ R$1.001,00 ATÉ R$5.000,00 | ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA | ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 | ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 | ☐ ACIMA DE R$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

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

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: 0491 ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: 26909 8 (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a efetuar na conta bancária informada de minha titularidade o valor da indenização/reembolso do seguro DPVAT e, caso não haja crédito na conta informada, desde já concordo com a devolução do crédito, quitação total do sinistro.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerer indenização do Seguro DPVAT, por uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido de indenização do Seguro DPVAT, por atender vertiginosa, com [illegible] de acidentes de trânsito, conforme Lei nº 15.474, art. 3º, § 2º, o que justifica que esta autorização não siga a ordem [illegible] Declaro, ainda, que estou ciente de que a falsidade [illegible] ou omissão de informações [illegible] sob as penas da lei.

DECLARAÇÃO DE ÓBITO SINISTROS DPVAT VERIFICADO

28 JAN 2019

Gente Seguradora S/A

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tiveram filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou pais/avós? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder, quando cabível, a indenização do Seguro DPVAT por não ter quem seja beneficiário, não se apresentarem e/ou inexistirem, estou ciente, ainda, de que a falsidade ou omissão na declaração não verídica pode gerar a cobrança de ressarcimento, além da responsabilidade criminal por infração ao art. 299 do Código Penal.

Local e Data: TAQUARITINGA DO NORTE/PE 24/01/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

José Pedro da Silva Filho

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº Sinistro ou ASL:

CPF da vítima: 13596265495

Nome completo da vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

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

Nome completo: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

CPF: 13596265495

Profissão: REC IMF

Endereço: RUA MANOEL SEVERINO DOS SANTOS

Número: 280

Complemento: CASA

Bairro: PAO DE AÇUCAR

Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE

Estado: PE

CEP: 55790000

Tel (DDD): (81) 96650454

E-mail:

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

☒ 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

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

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

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

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

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

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: 0491 ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: 26909 8 (informar o dígito se existir)

Autorizo [illegible] na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do seguro DPVAT [illegible] quitação total ou valor recebido. [illegible]

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONFERE COM ORIGINAL - VERIFICADO
28 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Rua Barbosa Lima, 115 Recife-PE CEP 52011-040

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

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

[illegible] solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, [illegible] avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação [illegible] acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º [illegible] declarando que esta autorização não significa prévia [illegible] avaliação médica [illegible] caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS · PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte [illegible] que se apresentarem [illegible] declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao art. 299 do Código Penal.

MORTE

Local e Data: TAQUARITINGA DO NORTE/PE 24/12/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

A José Pedro da Silva Filho

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:
CPF:
Assinatura

2ª | Nome:
CPF:
Assinatura

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

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

500688
0031323/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE - DP130ªCIRC
DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0220000024

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/01/2019** às **12:12**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **25/11/2018** às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, SÍTIO LUIS DO MOSQUITEIRO - PÃO DE AÇÚCAR - TAQ. DO NORTE** - Bairro: **CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
JOSÉ PEDRO DA SILVA (OUTRO)
JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO (VÍTIMA)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONFERIDO VERIFICADO 21 JAN 2019 Seguradora SIA

Polícia Civil - PE SDS 17ª USPC 130ª Circunscrição Taquaritinga do Norte

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse de(a) Sr(a): JOSÉ PEDRO DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse de(a) Sr(a): JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA

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

JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ERINEIDE BARBOSA DA SILVA** Pai: **JOSÉ PEDRO DA SILVA** Data de Nascimento: **8/8/1995** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 280, RUA MANOEL SEVERINO DOS SANTOS - PÃO DE AÇÚCAR - TAQ. DO NORTE - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSÉ PEDRO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Data de Nascimento: **15/9/1995** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 767, SÍTIO BARRA DE TABOCAS - BREJO DA MADRE DE DEUS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ PEDRO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KFT4683** (PERNAMBUCO/TORITAMA) Renavam: **968964974** Chassi: **9C2KC08108R182922**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

MOTOCICLETA 2 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGC1332** (PERNAMBUCO/TAQUARITINGA DO NORTE)

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE NO DIA 25/11/2018, POR VOLTA DAS 16:00HS, CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA KFT 4683 PELA ESTRADA DO SÍTIO LAGE NO SENTIDO PÃO DE AÇÚCAR QUANDO COLIDIU COM A MOTOCICLETA DE PLACA PGC 1332, CONDUZIDA POR JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA QUE TRAFEGAVA EM SENTIDO CONTRÁRIO, CAUSANDO LESÕES GRAVES EM AMBOS OS CONDUTORES, ONDE FORAM SOCORRIDOS POR UMA UNIDADE DO SAMU PARA UPA DA CIDADE DE SANTA CRUZ DO

CAPIBARIBE E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FORAM TRANSFERIDOS PARA O HRA DA CIDADE DE CARUARU, ONDE AMBOS FORAM SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRURGICO.

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

José Pedro da Silva Filho

JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **RENATO HENRIQUE MESQUITA VIDERES** - Matricula: **3875342**

SDS/Polícia Civil
17ª USPC
Circunscrição
Caruaritinga do

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONHECIDO NÃO VERIFICADO
29 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rio Branco, 715 Loja 5
Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

500688
0031323/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE - DP130ªCIRC
DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0220000024

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/01/2019** às **12:12**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **25/11/2018** às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, SÍTIO LUIS DO MOSQUITEIRO - PÃO DE AÇÚCAR - TAQ. DO NORTE** - Bairro: **CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
JOSÉ PEDRO DA SILVA (OUTRO)
JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO (VÍTIMA)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONFERIDO VERIFICADO 21 JAN 2019 Seguradora SIA

Polícia Civil - PE SDS 17ª USPC 130ª Circunscrição Taquaritinga do Norte

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse de(a) Sr(a): JOSÉ PEDRO DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse de(a) Sr(a): JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA

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

JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ERINEIDE BARBOSA DA SILVA** Pai: **JOSÉ PEDRO DA SILVA** Data de Nascimento: **8/8/1995** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 280, RUA MANOEL SEVERINO DOS SANTOS - PÃO DE AÇÚCAR - TAQ. DO NORTE - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSÉ PEDRO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Data de Nascimento: **15/9/1995** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 767, SÍTIO BARRA DE TABOCAS - BREJO DA MADRE DE DEUS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ PEDRO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KFT4683** (PERNAMBUCO/TORITAMA) Renavam: **968964974** Chassi: **9C2KC08108R182922**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

MOTOCICLETA 2 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGC1332** (PERNAMBUCO/TAQUARITINGA DO NORTE)

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE NO DIA 25/11/2018, POR VOLTA DAS 16:00HS, CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA KFT 4683 PELA ESTRADA DO SÍTIO LAGE NO SENTIDO PÃO DE AÇÚCAR QUANDO COLIDIU COM A MOTOCICLETA DE PLACA PGC 1332, CONDUZIDA POR JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA QUE TRAFEGAVA EM SENTIDO CONTRÁRIO, CAUSANDO LESÕES GRAVES EM AMBOS OS CONDUTORES, ONDE FORAM SOCORRIDOS POR UMA UNIDADE DO SAMU PARA UPA DA CIDADE DE SANTA CRUZ DO

CAPIBARIBE E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FORAM TRANSFERIDOS PARA O HRA DA CIDADE DE CARUARU, ONDE AMBOS FORAM SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRURGICO.

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

José Pedro da Silva Filho

JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **RENATO HENRIQUE MESQUITA VIDERES** - Matricula: **3875342**

SDS/Polícia Civil
17ª USPC
Circunscrição
Caruaritinga do

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONHECIMENTO NÃO VERIFICADO
29 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rio Branco, 715 Loja 5
Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº Sinistro ASL: | CPF da vítima: 13596265495 | Nome completo da vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO | CPF: 13596265495

Profissão: REC INF | Endereço: RUA MANOEL SEVERINO DOS SANTOS | Número: 280 | Complemento: CASA

Bairro: PAO DE AÇUCAR | Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE | Estado: PE | CEP: 55790000

Email: | Tel (DDD): (81) 96650454

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

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

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: 0491 ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: 26909 8 (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a efetuar crédito na conta bancária informada de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do seguro DPVAT e, caso não haja crédito na conta informada, desde já concordo com a não efetivação do crédito, quitação total do valor da indenização.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de pleito junto ao Seguro DPVAT, por uma dos seguintes uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias de pedido, por atender emergências, conforme [illegible]

Declaro ainda, sob as penas da lei, que estou ciente de que o laudo médico do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por atender emergências, conforme [illegible] Seguradora Líder para verificação da ocorrência e gravidade das lesões alegadas, ou [illegible] a avaliação médica dos custos da Seguradora Líder para verificação da ocorrência e gravidade das lesões alegadas, ou [illegible] Lei 6.194/74, art. 3º §2º, que lazendo que essa autorização não significa a prévia [illegible] por meio de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º §2º, que lazendo que essa autorização não significa a prévia [illegible] avaliação médica, ou [illegible] a [illegible] caso discorde do seu conteúdo.

CÓPIA DE DOCUMENTO ORIGINAL VERIFICADO
28 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Rua Barbosa Lima 115 [illegible]
Recife-PE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se teve filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou pais/avós? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder, quando de sua indenização ou seguro DPVAT por morte, pode se apresentar e comprovar [illegible] estou ciente, ainda, de que a [illegible] declaração não verdadeira pode gerar a cobrança de seguro [illegible] e a responsabilidade criminal por infração ao art. 299 do Código Penal.

Local e Data: TAQUARITINGA DO NORTE/PE 24/01/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

José Pedro da Silva Filho

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF

Assinatura

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

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

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