



06/08/2020

Número: **0023372-43.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 28ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.062,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65899 717	06/08/2020 11:49	ANEXO 1	Outros (Documento)



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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190659171

Vítima: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

Data do Acidente: 14/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SILAS FRANCISCO DE SOUZA VALENTIM

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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. 01857/01858 - carta_25 - INVALIDEZ





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, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190659171

Vítima: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

Data do Acidente: 14/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SILAS FRANCISCO DE SOUZA VALENTIM

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000051

Conta: 000984853673-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0051 CONTA: 9848 59673 1 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de 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 acidente.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência ou não das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa renúncia à minha futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

111-156-494-93

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

x Maria Adriana Mendonça

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

38 - 1ª | Nome: LEONARDO ALEXANDRE CRISTIANO FALCO

CPF: 011.113.854-77

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: ELIANE FRANCISCA DE ARAÚJO

CPF: 015.729.854-02

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Poruru, 28/10/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**Lauda de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190659171
Nome do(a) Examinado(a): Sidclei Francisco de Souza
Endereço do(a) Examinado(a): 4 Travessa G Vila Teimosa, 29
Centro Caruaru PE CEP: 55010-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 9048064
Data local do acidente: [14/02/2018]
Data local do exame: [16/12/2019] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA EM DOIS TEMPOS (FIXADOR EXTERNO E HASTE INTRAMEDULAR)
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES DO REFERIDO ACIDENTE
Data da Alta: 16/11/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
APRESENTA-SE COM TROFISMO MUSCULAR EQUIVALENTE AO LADO COTRALATERAL, BOM ALINHAMENTO E ALTURA DO MEMBRO.
APRESENTA LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO DIREITO COM FLEXÃO MÁXIMA DE 90 GRAUS
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR EM JOELHO DIREITO
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
JOELHO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Jackson Sosa Florêncio Júnior
Especialista em Traumatologia
CRM - PE 18.573
TEOT 13621





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 077ª CIRCUNSCRIÇÃO - QUIPAPA -
DP77ªCIRC DINTER/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0167000014**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/01/2019 às
13:38

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 14/2/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE QUIPAPA, 01 - Bairro: CENTRO**
- **QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSE PEDRO DE MELO (AUTOR/AGENTE)
JOSE LOPES DE BARROS (OUTRO)
JOSE CICERO DOS SANTOS (VITIMA)
SIOCLEI FRANCISCO DE SOUZA (VITIMA)
EGLECIO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

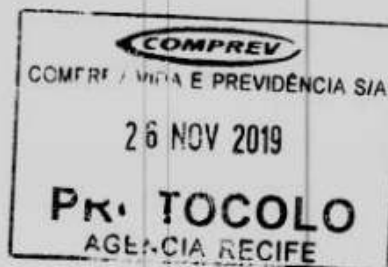
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(s)
Sr(a): JOSE CICERO DOS SANTOS
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(s)
Sr(a): JOSE PEDRO DE MELO

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

JOSE PEDRO DE MELO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: , Pai: ,
Data de Nascimento: 14/1/1980 Naturalidade: **QUIPAPA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE QUIPAPA, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -**
QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL
Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE QUIPAPA, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -**
QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSE LOPES DE BARROS (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: , Pai: ,
Data de Nascimento: 14/1/1980 Naturalidade: **QUIPAPA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE QUIPAPA, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -**
QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL
Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE QUIPAPA, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -**
QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSE CICERO DOS SANTOS (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: , Pai: ,



Polícia Civil
 Data de Nascimento: 16/3/1983 Naturalidade: MACEIO / ALAGOAS / BRASIL Documento: 528746/SSP (RG) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO
 Profissão: MOTORISTA
 Endereço Residencial: ESTADO DO ALAGOAS (ESTADO), 674, RUA PROF. VIRGILIO GUEDES, PONTA GROSSA, MACEIO / ALAGOAS; 55000-000; CENTRO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - ALAGOAS/ALAGOAS/BRASIL
 Endereço Comercial: ESTADO DO ALAGOAS (ESTADO), 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - ALAGOAS/ALAGOAS/BRASIL

Quipapa
 EGLICIO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LUZIA SOARES DA SILVA Pai: JOSE PEPEN DA SILVA Data de Nascimento: 8/6/1984 Naturalidade: QUIPAPA / PERNAMBUCO / BRASIL Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: PEDREIRO(A)
 Endereço Residencial: MUNICIPIO DE QUIPAPA, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL
 Endereço Comercial: MUNICIPIO DE QUIPAPA, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL

SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MÁRCIA MARIA DE SOUZA Pai: NÃO DECLARADO Data de Nascimento: 20/6/1987 Naturalidade: QUIPAPA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3848064/SDS/PE (RG), 13528193417 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: ANALFABETO Profissão: DESEMPREGADO(A)
 Endereço Residencial: MUNICIPIO DE QUIPAPA, 152, RUA ODILON DE OLIVEIRA LINS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL
 Endereço Comercial: MUNICIPIO DE QUIPAPA, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEÍCULO: TOYOTA TIPO BANDEIRANTE (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE PEDRO DE MELO, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE PEDRO DE MELO
 Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/VW/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
 Cor: BRANCA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: JOR6921 (BAHIA/SÃO SEBASTIAO DO PASSE)

CAMINHÃO VW / 24.220 CRM 6X2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE LOPES DE BARROS, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE CICERO DOS SANTOS
 Categoria/Marca/Modelo: CAMINHÃO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
 Cor: AZUL - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: QKR8050 (SERGIPE/TABOANINHA)

Complemento / Observação

O SENHOR JOSE CICERO DOS SANTOS CONDUZIA O VEICULO DO TIPO CAMINHÃO VW 24.220 CRM 6X2 DE COR AZUL E PLACA: QKR 8050, QUE PERTENCE A EMPRESA EM QUE TRABALHA (GRANJA MARAVILHA - MACEIO / ALAGOAS) PELA PE 177 QUANDO NO TRECHO CONHECIDO COMO "CURVA DO CARACOL" SE DEPAROU COM OUTRO VEICULO DO TIPO TOYOTA DE COR BRANCA E PLACA: JOR 6921 QUE ERA CONDUZIDO PELO SENHOR JOSE PEDRO DE MELO E QUE VINHA NA "CONTRA-MÃO". ONDE ACABOU COLIDINDO PROVOCANDO O ACIDENTE. O SENHOR JOSE CICERO DOS SANTOS NÃO SOFREU FERIMENTOS. OS OUTROS 3 (TRÊS) OCUPANTES DO VEICULO TOYOTA FORAM SOCORRIDOS POR AMBULÂNCIAS DA CIDADE DE QUIPAPA, E CONDUZIDOS AO HOSPITAL LOCAL, DE ONDE FORAM TRANSFERIDOS PARA HOSPITAIS REGIONAIS E TAMBÉM DA CAPITAL RECIFE. RELATO AINDA QUE O CAMINHÃO É DE PROPRIEDADE DA PESSOA DE "JOSE LOPES DE BARROS" E QUE NENHUM DOS VEICULOS FOI CONDUZIDO A ESTA DELEGACIA POR IMPOSSIBILIDADE DE CONDUÇÃO. SEM MAIS A RELATAR ENCERRO ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.



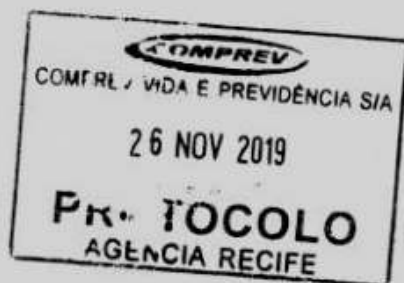
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

JOSE CICERO DOS SANTOS
(VITIMA)

SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA
(VITIMA)



B.O. registrado por: IZABELLE MARIA DA SILVA - Matrícula: 387475-3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de reconhecimento 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência ou não das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa renúncia à minha futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

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

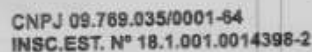
40 - Local e Data,

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





ATENDIMENTO: RUA FR CANECA - NUN - 00152 - MAURICIO DE NASS
 ALI CARLIARI-PE 85012-330

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 6587283 De 7/2013	
JOSE FLORENÇO VILANOVA			
4TV G VILA TEIMOSA, N. 000829 - VAZOURAL CARUARI PE 55000-000			
INSCRIÇÃO: 041.561.540-0019.000 GR 3PO.15 DIB. AUTOMÁTICO: 806587283			
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO FÁCTIVEL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ESCLARECIDAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO Y07H308684	DATA LEIT. ANTERIOR 11/12/2018	DATA LEIT. ATUAL 10/01/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) MED IMOV
ÁGUA: LEIT ANT: 1387 CONSUMO: 0 LEIT ATU: PRECORRENCIA TAXA 4 LEIT FAT: 1392			
HISTÓRICO DE CONSUMO			
REFERENCIA CONSUMO	PARAMETRO	NÚMERO DE AMOSTRAS	
		EXIG. PORT MS 2	ANALISES REALIZ. E LEITURAS
11/2018 00		166	169
10/2018 00	TURBIDEZ	166	169
09/2018 00	COR APARENT	166	178
08/2018 00	CLORO RESIDUAL	166	169
07/2018 00	COLI. TOTAL	166	154
06/2018 00	ECOLI	166	169
MEDIA: 00	Qualidade de Água: www.comprea.com.br		
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 54 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLOPO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA			
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)	
ÁGUA			
RESÍDUO LIT. 1 UNIDADE(S)			41,30
CONSUMO DE ÁGUA			
RECARGA 11/2018			9,02

VENCIMENTO: 20/01/2019

TOTAL A PAGAR: 50.32

148-14546EM:

PREZADO CLIENTE, COMUNICAMOS QUE O SISTEMA DE DISTRIBUICAO DE AGUA ENCONTRA SE EM OPERACAO E SUEE LIGUREDO E SERA COBRADA TARIFA PELO SERVICO CONFORME CATEGORIA DO IMVEL.



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA FR CANECA - NUN - 00152 - MAURICIO DE NASS
 ALI CARLIARI-PE 85012-330

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 6587283		De: 7/2013	
JOSE FLORENÇO VILANOVA 4TV G VILA TEIMOSA, N. 00029 - VAZOURAL CARUARI PE 55000-000 INSCRIÇÃO: 041.561.540.0019.000 GR 3PO.15 DUE AUTOMATICO- 506587283					
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO		SITUAÇÃO ESGOTO FACIETEL		RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA	
HIDRÔMETRO Y07H306864		DATA LEIT. ANTERIOR 11/12/2018		DATA LEIT. ATUAL 10/01/2019	
				TIPO DE CONSUMO (A/E) MED IMOV	
ÁGUA: LEIT ANT: 1387 CONSUMO: 0 LEIT ATU: PFCORRENCIA TAXA 4 LEIT FAT: 1397					
HISTÓRICO DE CONSUMO					
REFERENCIA CONSUMO		NÚMERO DE AMOSTRAS			
		PARAMETRO	EXIG. PORT MS 2	AMOSTRAS REALIZ.	RESULTADO
11/2018	00		214/11	5	169
10/2018	00	TURBIDEZ	166	169	169
09/2018	00	COR APARENTE	166	169	178
08/2018	00	CLORO RESIDUAL	166	169	169
07/2018	00	COLI TOTAL	166	169	150
06/2018	00	ECOLI	166	169	169
MÉDIA: 00		Qualidade de Água: www.comprea.com.br			
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 99% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARÂMETROS CONFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLOPO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA					
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO		TOTAL (R\$)	
ÁGUA					
RESÍDUO DE 1 UNIDADE(S)				41,30	
CONSUMO DE ÁGUA					
REELIGACAO 12/2018				9,02	

VENCIMENTO: 20/01/2019

TOTAL A PAGAR: 50.32

148-14546EM:

PREZADO CLIENTE, COMUNICAMOS QUE O SISTEMA DE DISTRIBUICAO DE AGUA ENCONTRA SE EM OPERACAO E SUEE LIGUREDO E SERA COBRADA TARIFA PELO SERVICO CONFORME CATEGORIA DO IMVEL.





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221205 (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 nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Silas Francisco de Souza Inscrito (a) no CPF sob o Nº 306.768.044.62
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sidcler Francisco de Souza Inscrito
(a) no CPF sob o Nº 335.281.934.17 do sinistro de DPVAT cobertura Indenizável da Vítima
Sidcler Francisco de Souza Inscrito (a) no CPF sob o Nº 335.281.934.17, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>6TV G Vila Teimosa</u>		Número <u>29</u>	Complemento
Bairro <u>Vassoural</u>	Cidade <u>Caruaru</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55000-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD) <u>9258-3087</u>

Caruaru de 19 de 10 de 19
Local e Data

Silas Francisco de Souza
Assinatura do Declarante



DLRL 001 V001/2017



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA	PRONTUÁRIO: 1622870	ATENDIMENTO: 00933194
DATA DE NASCIMENTO: 20/06/1987	FOI ATENDIDO EM: 14/02/2018 ÀS 18:22	
	DATA DA ALTA: 26/02/2018 ÀS 17:33	

Diagnóstico Provável:

VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Tratamento Realizado:

REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO NA EMERGENCIA COM FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR DE JOELHO NA EMERGENCIA

REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO DE DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA EM 22/02/18

Observação:

ANALGESIA E ATB PARA CASA

AFASTAMENTO DE ATIVIDADES LABORAIS POR 60 (SESENTA) DIAS

Encaminhado para:

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR. LEONARDO GOUVEIA

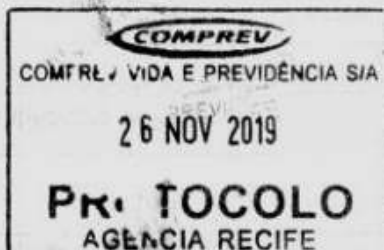
Dr. José Dias O. A.
Médico
CRM-PE 16.671

JOSE DIAS DE OLIVEIRA NETO - CRM: Nº.10676

Recife, 26, FEVEREIRO, 2018

ATENÇÃO:

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



Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derbv - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400





PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIPAPÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Hospital M^a Digna Pessoa de Mello

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Unidade Mista de Quipapá

Nome: Josefa Francisco de Souza

Endereço: Rua Laranjeiras

Nome da Mãe: Marcia M^e de Souza

Acompanhante e/ou Responsável:

Data: 14/08/2018

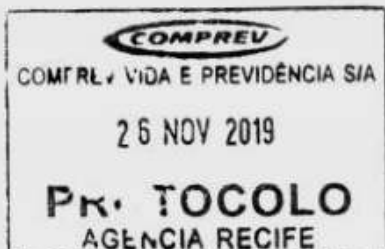
Hora: 14:32

Município:

Telefone:

Condição	Profissão	Sexo	Nascimento	Nacionalidade	Cartão do SUS
<input type="checkbox"/> Acidente de trabalho		<input checked="" type="checkbox"/> Masculino	<u>10/06/1973</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Brasileiro	
<input type="checkbox"/> Caso de polícia		<input type="checkbox"/> Feminino		<input type="checkbox"/> Estrangeiro	
Pressão arterial	Pulso	Temperatura	HGT	Exames complementares:	
Max: Min:		Axilar: Retal:			

Tratado em casa
em casa (17h)
com quem se sente
a ser tratado



Tratamento:

HOR

5363-102

da febre

BOZ

Destino dado ao Paciente:

☐ Residência

☐ Internado

Encaminhado:

Removido:

Óbito às _____ h _____ min. Do dia _____

Encaminhado ao I.M.L. ☐

Impressão Diagnóstica:

Doenças Concedidas _____ Dias

Assinatura - carimbo - C.R.M./C.R.O.

Eu, _____ RG _____ assumo inteira
responsabilidade na recusa do atendimento prestado por esta instituição a minha pessoa ou a quem acompanhei para este
atendimento, mesmo que isto traga danos a minha saúde ou a pessoa acima relacionada, _____ às _____ h.

Ass: _____





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



Receituário Controle Especial

Identificação do emitente			
NOME COMPLETO: PLETO: JOSE DIAS DE OLIVEIRA NETO		CRM: 10676	
UF PE	NÚMERO: S/N	Endereço: AV. AGAMENON MAGALHÃES	
BAIRRO: DERBY	FONE: 3181-5400	CIDADE: RECIFE	UF: PE

Paciente:

SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

Endereço paciente:

RUA ODILON DE OLIVEIRA LINS

Prescrição:

USO ORAL

1- DAPIRONA 1G _____ 01CX
TOMAR 01CP, 6/6H, SE DOR

2- PACO 30MG _____ 01CX
TOMAR 01CP, 8/8H, SE DOR INTENSA

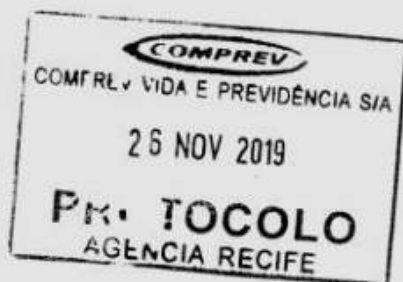
Dr. José Dias O. Neto
Médico
CRM-PB 10.676

Data: 26/02/2018

Assinatura do médico/carimbo

Identificação do Comprador	
Nome: _____	
Identidade: _____	Órgão Emissor: _____
Endereço: _____	_____
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	_____

Identificação do Fornecedor	
Assinatura do Farmacêutico Data: _____	



Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



Receituário Controle Especial

Identificação do emitente			
NOME COMPLETO: PLETO: JOSE DIAS DE OLIVEIRA NETO		CRM: 10676	
UF PE	NÚMERO: S/N	Endereço: AV. AGAMENON MAGALHÃES	
BAIRRO: DERBY	FONE: 3181-5400	CIDADE: RECIFE	UF: PE

Paciente:

SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

Endereço paciente:

RUA ODILON DE OLIVEIRA LINS

Prescrição:

USO ORAL

1- CEFALOXINA 500MG 40CP
TOMAR 01CP, 6/6H, POR 10 DIAS

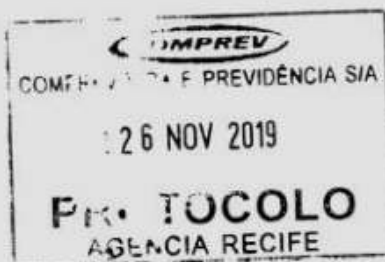
Dr. José Dias O. Neto
Médico
CRM-PB 12.676

Data: 26/02/2019

Assinatura do médico/carimbo

Identificação do Comprador	
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

Identificação do Fornecedor	
Assinatura do Farmacêutico	
Data:	



Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO E07R44

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUELL

OUTRA IDENTIFICAÇÃO

NÃO ALFABETIZADO(A)

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
135.281.934-17

Nome
SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

Nascimento
20/06/1987

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV

COMFREL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

26 NOV 2019

PR. TOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.048.064 DATA DE EXPEDIÇÃO 29/07/2010

Nome << SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA >>

PLAÇÃO << >>

<< MÁRCIA MARIA DE SOUZA >>

NATURALIDADE QUIPAPÁ - PE DATA DE NASCIMENTO 20/06/1987

DIGITADOR << CN.12751 LA83 F.177 CART. 1º >>

DISTRITO QUIPAPÁ-PE. 17.06.1988 >>

CPF



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

8.363.274 DATA DE EXPEDIÇÃO 02/08/2007

<< SILAS FRANCISCO DE SOUZA >>

<< >>

<< MARCIA MARIA DE SOUZA >>

NATURALIDADE QUIPAPA - PE DATA DE NASCIMENTO 26/06/1992

LOC CRISEM << CN. 16541 L. 888 F. 125 CART. 10 QUIPAPA-PE 20.08.1992 >>

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO E 07 R 4

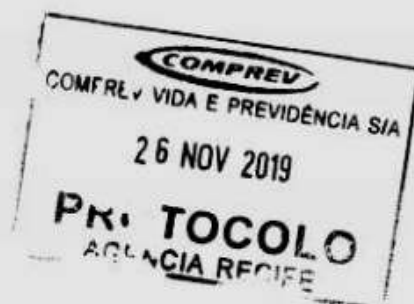
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES RUIII

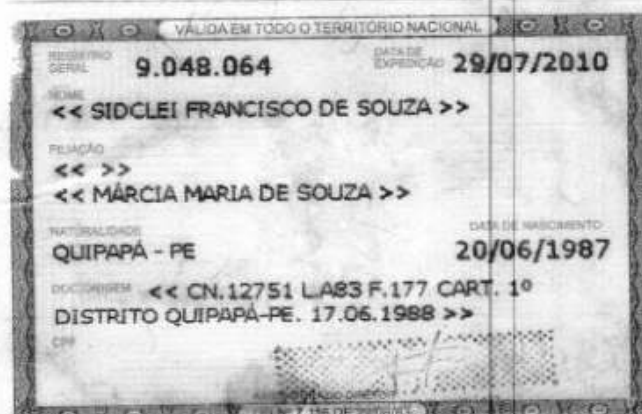
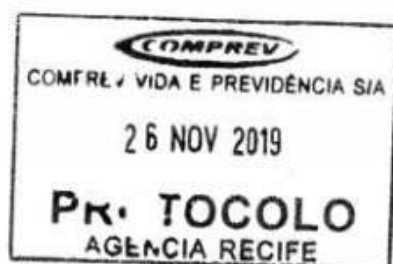
Silas Francisco de Souza

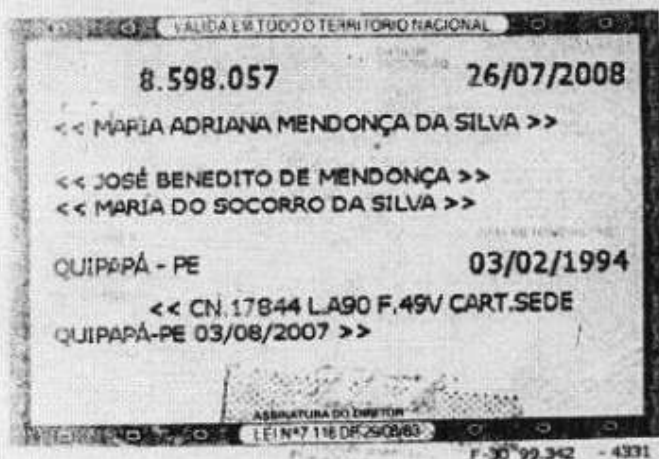
CARTEIRA DE IDENTIDADE

Procurador

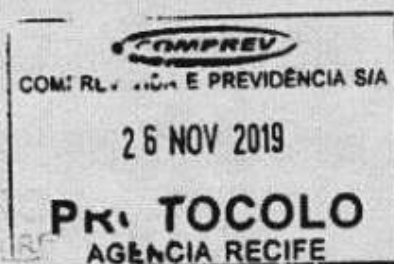








A R O G O .



CÓDIGO DE CONTROLE
C184.F08C.F7F5.9003

A autenticação deste comprovante deverá
ser confirmada no internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante enviado pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

91 882545 20 019 034002011 (hora e data de Brasília)
dígito verificador 90



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

111.156.494-93

Nome

MARIA ADRIANA MENDONÇA DA SILVA

Nascimento

03/02/1994

VALIDO JUNTAMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV

COMPLACÊNCIA E PREVIDÊNCIA S/A

26 NOV 2019

PR. TOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

8.598.057 26/07/2008

<< MARIA ADRIANA MENDONÇA DA SILVA >>

<< JOSÉ BENEDITO DE MENDONÇA >>

<< MARIA DO SOCORRO DA SILVA >>

QUIPAPÁ - PE 03/02/1994

<< CN. 17844 L.A90 F.49V CART.SEDE
QUIPAPÁ-PE 03/08/2007 >>

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 116 DE 24/08/03

F-30 99.342 - 4331

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

07 R44

Maria Adriana Mendonça da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

A R O G O.

COMPREV

COM. REG. E PREVIDÊNCIA SIA

26 NOV 2019

PR. TOCOLO

AGENCIA RECIFE



CÓDIGO DE CONTROLE
C184.F0BC.F7F5.9003

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada no internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 08:25:45 do dia 03/05/2011 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

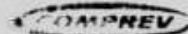
111.156.494-93

Nome

MARIA ADRIANA MENDONÇA DA SILVA

Nascimento
03/02/1994

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

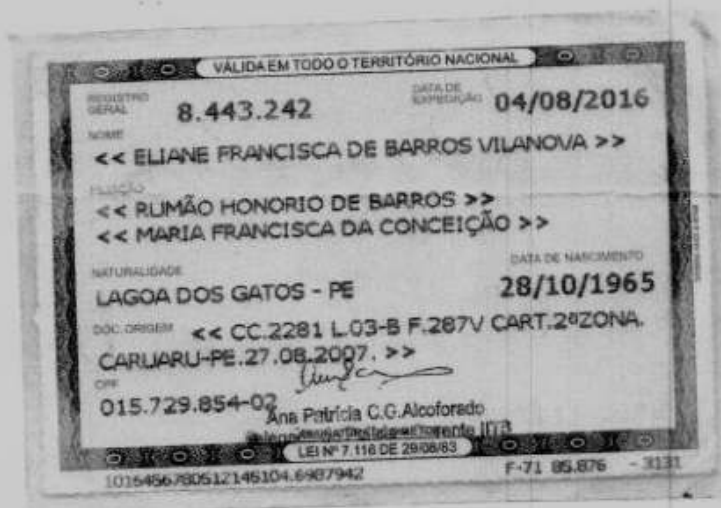


COMITÊ DE VIGILÂNCIA E PREVIDÊNCIA S/A

26 NOV 2019

PR. TOCOLO
AGÊNCIA RECIFE





Testemunha





NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50250-002
CNPJ 10.830.932/0001-08 | Ins. Est. 0076943-07 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

2054 POLYMER LETTERS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RJAL 52 VILA TIEMOLA

CPF 883 445 544-34

CLASSIFICAÇÃO

BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

VASSOURAL/CARUARU
CARUARU/PE
55028-380

CÓDIGO CONTRATO	VENCIMIENTO
1297197025	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISÃO PAGAMENTO DE JUROS
14/10/2019	07/11/2019
TOTAL a PAGAR (R\$)	70,62

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abaixo(12%)	74.0000000	R\$ 0,1000000	0,11
Acréscimo Bancaria AMARELA			0,41
Acréscimo Bancaria BRMELHA			2,41
Contrib. Iuri Publica Municipal			4,47
ICMS Subvenção CDE NF 060204588-04/07/19			0,40
ICMS Subvenção CDE NF 072653102-05/08/19			0,40
Multas por atraso NF 072053102 - 05/08/19			1,94
Juros por atraso NF 072053102 - 05/08/19			0,50

TOTAL DA FATHES

1952

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA MOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
F22197	CA1	14/08/2018	32,00	07/10/2018	98,00	22	1.000,00		66,00

100% Satisfaction Guarantee

Month	Year	Value
Oct	18	74
Oct	19	66
Aug	12	88
Jul	19	88
Jun	19	77
Apr	19	71
Mar	12	68
Feb	19	67
Jan	19	71
Dec	18	66
Nov	18	65
Oct	18	73

HUMANAS DE TERNOS

	BASE ON CALCUL	%	VALUE IMPOR
	62.7%	75.00	47.84
	62.7%	1.20	0.75
NS	62.7%	4.80	3.03

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 399–406

de Energie	RS	20,17	11,94%
neads	RS	2,29	1,47%
upin(Colpo)	RS	13,43	21,07%
de Energie	RS	4,23	6,54%
a Getano	RS	3,16	4,90%
	RS	20,89	31,24%
	RS	82,75	100%

XX

© 2000 Blackwell Science Ltd

2000

0976-864X(200605)28:5;1-L

36CE 9206 1331 D4F6 DD58 8C 1C 491D 7DFC

INFORMACIÖEN IMPORTANTE

Página 10 de 10

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

DRAFT: U.S. DEPT. OF JUSTICE, Civil Rights Division

Variable 1-40000	Descriptive Statistics	Value 60.00	Variable	Descriptive Statistics	Value
---------------------	---------------------------	----------------	----------	---------------------------	-------

[illegible]

INSCRIÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERMEDIÇÕES

CONTRATO	VALOR AFORADO R\$ 2010	LOJAS MERCAL	LOJAS TRINESTRAL	LOJAS ARARA
DIC	0,00	5,57	10,5	20,30
FVC	0,26	2,71	5,22	12,46
DHVC	0,26	2,88	5,00	9,50

Linda DeChen 12-12 R. 800 - Lagoa dos Rios, 10 km do Sistema de Distribuição de Água 22-12-2001

SINCE 21 YEARS AGO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
	Corrente	Voltagem
220	302	281

© 2001 Blackwell Science Ltd

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
1307107036	10/2019	14/10/2019	70,62

83800000000-9 70620011001-6 29719702510-8 14272522643-0



26 NOV 2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE HABITAÇÃO

PE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1683787454

PROIBIDO PLASTIFICAR
1683787454

NOME
LEONARDO ALEXANDRE COUTINHO FALCAO

DIG. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
8409600049 MT PE

CPF
011.173.854-77

DATA NASCIMENTO
13/09/1983

PROVAÇÃO
IGNACIO LUIZ FALCAO
LEONOR COUTINHO FALCAO

PERMISSÃO
SOLICITANTE

ADO
SOLICITANTE

CAT. HAB.
A1

Nº REGISTRO
02099243310

VALIDADE
04/10/2023

1ª HABILITAÇÃO
09/12/2001

OBSERVAÇÕES
CETVE
EAR

Assinatura do Portador
Antonio A. C. Falcao

LOCAL
CARUARU, PE

DATA EMISSÃO
30/10/2018

Assinatura do Emissor
Charles Andreus Souza Ribeiro
Diretor Presidente

04526659685
PE088383997

PERNAMBUCO



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

LEONARDO ALEXANDRE COUTINHO FALCAO
CPF: 011.173.854-77

DATA DE VENCIMENTO

16/10/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

217,48

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

09/10/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

09/10/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

080222598

CONTA CONTRATO

000159810020

Nº DO CLIENTE

2002336080

Nº DA INSTALAÇÃO

0000825774

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ALFERES JORGE 351

INDIANÓPOLIS/CARUARU
55024-130 CARUARU PE

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

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

DE02.5AD8.5EEF.B8B3.1AEE.400C.1BA8.C58D

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	219,00	0,81069952	177,54
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,31
Acréscimo Bandeira VERMELHA			9,40
Contrib. Ilum. Pública Municipal			24,19
ICMS Subvenção-CDE-NF 072371933-07/05/19			1,23
Multa por atraso-NF 076362336 - 06/09/19			2,97
Juros por atraso-NF 076362336 - 06/09/19			0,84

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003182374341	CAT	06/09/2019	284,00	09/10/2019	503,00	33	1,00000	0,00	219,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 09/11/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFORADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
ago/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	CARUARU	0,00	5,97	10,15	20,30
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,11	6,22	12,45
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,85	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 65,34					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: farmácia michelle: av joao salvador 05 riachão / j e s armário e papelaria: avenida gonçalo nunes de oliveira 206
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MAXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000159810020	10/2019	217,48	16/10/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838500000024 174800110005 159810020102 143629686734



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190659171 **Cidade:** Quipapá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA **Data do acidente:** 14/02/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Descrição do exame físico: APRESENTA-SE COM TROFISMO MUSCULAR EQUIVALENTE AO LADO COTRALATERAL, BOM ALINHAMENTO E ALTURA DO MEMBRO.
APRESENTA LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO DIREITO COM FLEXÃO MÁXIMA DE 90 GRAUS

Resultados terapêuticos: APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR EM PERNA COM QUEIXAS ÁLGICAS EM FOCO DE FRATURA E LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR EM JOELHO DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190659171 **Cidade:** Quipapá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA **Data do acidente:** 14/02/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Descrição do exame físico: APRESENTA-SE COM TROFISMO MUSCULAR EQUIVALENTE AO LADO COTRALATERAL, BOM ALINHAMENTO E ALTURA DO MEMBRO.
APRESENTA LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO DIREITO COM FLEXÃO MÁXIMA DE 90 GRAUS

Resultados terapêuticos: APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR EM PERNA COM QUEIXAS ÁLGICAS EM FOCO DE FRATURA E LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR EM JOELHO DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190659171 **Cidade:** Quipapá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA **Data do acidente:** 14/02/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA.
P 1.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190659171 **Cidade:** Quipapá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA **Data do acidente:** 14/02/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA.
P 1.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO

COMPREV
COMPRE / VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

26 NOV 2019

OUTORGANTE(Vítima beneficiária)

NOME: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA
RG: 9048064, CPF: 135.281.934-17; ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
ENDEREÇO: RUA L VASSOURAL, Nº 62
BAIRRO: VILA TEIMOSA, CIDADE: CARUARU, UF: PE

OUTORGADO (Procurador)

NOME: SILAS FRANCISCO DE SOUZA
RG: 8363274, CPF: 106.768.044-62; ESTADO CIVIL: CASADO
ENDEREÇO: RUA L VILA TEIMOSA, Nº 62
BAIRRO: VASSOURAL, CIDADE: CARUARU, UF: PE

Pelo presente Instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me a Seguradora Líder dos Consorcio do Seguro DPVAT, a fim de dar entrada no pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT da Vítima: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA, CPF: 135.281.934-17.

Data do acidente: 14/02/2018
Nome do ROGO: MARIA ADRIANA MENDONÇA DA SILVA
RG: 8598057, CPF: 111.156.494-93
ENDEREÇO: RUA L VILA TEIMOSA, Nº 62
BAIRRO: VASSOURAL, CIDADE: CARUARU, UF: PE

TESTEMUNHAS:

Nome 1: LEONARDO ALEXANDRE COUTINHO FALCÃO
RG: 4075603, CPF: 011.173.854-77
ENDEREÇO: ALFERES JORGE, Nº 351, BAIRRO: IMBIAHOPOLIS
CIDADE: CARUARU, UF: PE
Nome 2: ELIANE FRANCISCA DE BARROS VILANOVA
RG: 8443242, CPF: 015.729.854-02
ENDEREÇO: 42 TRAV. G VILA TEIMOSA, Nº 29, BAIRRO: VASSOURAL
CIDADE: CARUARU, UF: PE

Maria Adriana Mendonça da Silva
(assinatura do ROGO, Reconhecer firma por autenticidade)

Leonardo Alexandre Coutinho Falcão
(assinatura da testemunha 1)

Eliane Francisca de Barros Vilanova
(assinatura da testemunha 2)

LOCAL E DATA: Agrestina, 13 de Fevereiro de 2019



SERVENTIA NOTARIAL DA COMARCA DE AGRESTINA - PE
Tabelião LEONILTA ROSA MONTEIRO / Substituto: BELA JANICLEIDE NERI MONTEIRO
R. João Pessoa, 88 - Centro - Agrestina-PE CEP: 55.405-000
Fone: 01-3744-1411 - e-mail: leonilta_monteiro@uol.com.br

RECONHEÇO, por autenticidade a(s) firma(s) de:
MARIA ADRIANA MENDONÇA DA SILVA
sele: 0073627.KZV02201902.00413
e ELIANE FRANCISCA DE BARROS VILANOVA
sele: 0073627.MBF02201902.00414

dou fe. Agrestina, 13/02/2019 14:26:19. Em test. da verdade.



Leonilta Rosa Monteiro

Emolumentos R\$17,98 TSNR R\$1,60 Total a Pagar R\$19,58 Oper. DIMP

Consulte Autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



SERVENTIA NOTARIAL DA COMARCA DE AGRESTINA - PE
Tabelião LEONILTA ROSA MONTEIRO / Substituto: BELA JANICLEIDE NERI MONTEIRO
R. João Pessoa, 88 - Centro - Agrestina-PE CEP: 55.405-000
Fone: 01-3744-1411 - e-mail: leonilta_monteiro@uol.com.br

RECONHEÇO, por autenticidade a(s) firma(s) de:
LEONARDO ALEXANDRE COUTINHO FALCÃO
sele: 0073627.VTK02201902.00412
dou fe. Agrestina, 13/02/2019 14:25:39. Em test. da verdade.



Leonilta Rosa Monteiro

Emolumentos R\$13,99 TSNR R\$0,80 Total a Pagar R\$14,79 Oper. DIMP

Consulte Autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417225/19

Número do Sinistro: 3190659171

Vítima: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

CPF: 135.281.934-17

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentos de identificação

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: SILAS FRANCISCO DE SOUZA VALENTIM
CPF: 106.768.044-62

SILAS FRANCISCO DE SOUZA VALENTIM

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417225/19

Vítima: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

CPF: 135.281.934-17

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

SILAS FRANCISCO DE SOUZA VALENTIM : 106.768.044-62

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

SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA : 135.281.934-17

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: 26/11/2019
Nome: SILAS FRANCISCO DE SOUZA VALENTIM
CPF: 106.768.044-62

SILAS FRANCISCO DE SOUZA VALENTIM

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417225/19

Número do Sinistro: 3190659171

Vítima: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

CPF: 135.281.934-17

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentos de identificação

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/11/2019
Nome: SILAS FRANCISCO DE SOUZA VALENTIM
CPF: 106.768.044-62

SILAS FRANCISCO DE SOUZA VALENTIM

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 135.281.934-17 4 - Nome completo da vítima: Sidlei Francisco de Souza

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

5 - Nome completo: Sidlei Francisco de Souza 6 - CPF: 135.281.934-17
7 - Profissão: Recusou-se 8 - Endereço: 4º TV G. Vila Teimosa 9 - Número: 29 10 - Complemento:
11 - Bairro: Vassoral 12 - Cidade: Caruaru 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81 9 9258-3087

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0051 CONTA: 984853673 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CM) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): Maria Adriana Mendonça da Silva

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 156.424-93

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): Maria Adriana Mendonça

38 - 1ª Nome: Leonardo Alexandre C. Falgaço

CPF: 014.573.854-77 Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Elaine Francisca de Barros

CPF: 015.729.854-02 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Caruaru, 02/01/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



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

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190659171

Vítima: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

Data do Acidente: 14/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SILAS FRANCISCO DE SOUZA VALENTIM

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15161183





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, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190659171 Vítima: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

Data do Acidente: 14/02/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SILAS FRANCISCO DE SOUZA VALENTIM

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

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

Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da pessoa indicada pelo beneficiário para assinar a rogo/a pedido ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.
------------------------------------	---

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. 00245/00246 - carta_03 - INVALIDEZ

00070123



Carta nº 15161184





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, 29 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190659171 Vítima: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

Data do Acidente: 14/02/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SILAS FRANCISCO DE SOUZA VALENTIM

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

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

Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da pessoa indicada pelo beneficiário para assinar a rogo/a pedido ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.
------------------------------------	---

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. 01483/01484 - carta_03 - INVALIDEZ

00060742



Carta nº 1517043





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, 10 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190659171

Vítima: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

Data do Acidente: 14/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SILAS FRANCISCO DE SOUZA VALENTIM

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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. 01471/01472 - carta_02 - INVALIDEZ

00040736



Carta nº 15214530

