



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
65899 717	06/08/2020 11:49	<u>ANEXO 1</u>
		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.

Pag. 01857/01858 - carta_25 - INVALIDEZ



Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 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 inde

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%
Queda de 5m. Em uma média 50%

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

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro

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:

Seguradora Lider-DPVA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/08/2020 11:49:13
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008061149132330000064658680>
Número de documento: 2008061149132330000064658680

N = 25000717, R' = 2



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:
	335.281.934-17	Sidclei Francisco de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Sidclei Francisco de Souza	335.281.934-17		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Riceira-se	47V G Vila Teimosa	29	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Vassouras	Caruaru	PE	55000-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (81) 39258-3087		

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:		
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: (051)	CONTA: 9848 596 71	AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)
Nome do BANCO: (Informar o dígito se existir)		

Autorizo a Seguradora Lider 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 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 ao 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 Lider para verificar a existência de incapacidades permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prestar declaração com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV

COMF. RL V. VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

26 NOV 2019

PR. M. TOCLOC

AGÊNCIA RECIFE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> 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/vivos? Sim Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.



Maria Adriana Mendonça de Souza

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

40 - Local e Data, 38130/2089

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

000000000000



**Laudo 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 CIRÚRGICO 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 causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% 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 José Florêncio Junior
Sócio-Diretor / Traumatologista
CRM - PE 10.573
TEOT 13921





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
QUINTA GACIA DE POLÍCIA DA 077ª CIRCUNSCRIÇÃO - QUIPAPA -
DP77ª CIRC DINTER1/13ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0167000014

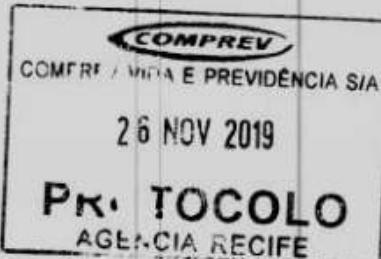
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/01/2019 às
13:38

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSE PEDRO DE MELO (AUTOR/VAGENTE)
JOSE LOPES DE BARROS (OUTRO)
JOSE CICERO DOS SANTOS (VITIMA)
SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA (VITIMA)
EGLICIO DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)

Sr(a): JOSE CICERO DOS SANTOS

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)

Sr(a): JOSE PEDRO DE MELO

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

JOSE PEDRO DE MELO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino M^{as} . Pai: .
Data de Nascimento: 1/1/1980 Naturalidade: QUIPAPA / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE QUIPAPA, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -
QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL
Endereço Comercial: MUNICÍPIO DE QUIPAPA, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -
QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSE LOPES DE BARROS (não presente no plantão) - Sexo: Masculino M^{as} . Pai: .
Data de Nascimento: 9/1/1980 Naturalidade: QUIPAPA / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE QUIPAPA, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -
QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL
Endereço Comercial: MUNICÍPIO DE QUIPAPA, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -
QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSE CICERO DOS SANTOS (presente no plantão) - Sexo: Masculino M^{as} . Pai: .





Data de Nascimento: 16/3/1943 Naturalidade: MACEIO / ALAGOAS / BRASIL Documentos: 526746/SDS/PE (RG) Estado Civil: AMASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: MERCANTISTA Endereço Residencial: ESTADO DO ALAGOAS (ESTADO), 674, RUA PROF. VIRGILIO GUEDES, PONTA GROSSA, MACEIO / ALAGOAS; 55888-888; CENTRO - CEP: 55888-888 - Bairro: CENTRO - ALAGOAS/ALAGOAS/BRASIL Endereço Comercial: ESTADO DO ALAGOAS (ESTADO), 81 - CEP: 55888-888 - Bairro: CENTRO - ALAGOAS/ALAGOAS/BRASIL

EGILIO DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LUZIA SOARES DA SILVA Pai: JOSE PEPEM DA SILVA Data de Nascimento: 8/6/1984 Naturalidade: QUIPAPA / PERNAMBUCO / BRASIL Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: PEDREIRO(A) Endereço Residencial: MUNICIPIO DE QUIPAPA, 81 - CEP: 55888-888 - Bairro: CENTRO - QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL Endereço Comercial: MUNICIPIO DE QUIPAPA, 81 - CEP: 55888-888 - Bairro: CENTRO - QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL

SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MÁRCIA MARIA DE SOUZA Pai: NÃO DECLARADO Data de Nascimento: 20/6/1987 Naturalidade: QUIPAPA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3848864/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: 55888-888 - Bairro: CENTRO - QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL Endereço Comercial: MUNICIPIO DE QUIPAPA, 81 - CEP: 55888-888 - Bairro: CENTRO - QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

Placa: JOR6981 (BAHIA/SÃO SEBASTIÃO DO PASSE)

CAMINHÃO VW / 24.228 CRM 6X2 (VEÍCULO) 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: CAMINHAO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: N/A Cor: AZUL - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: QKR6888 (SERGIPE/TABAQUINHA)

Complemento / Observação

O SENHOR JOSE CICERO DOS SANTOS CONDUZIA O VEÍCULO DO TIPO CAMINHÃO VW 24.228 CRM 6X2 DE COR AZUL E PLACA: QKR 6888, 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 VEÍCULO DO TIPO TOYOTA DE COR BRANCA E PLACA: JOR 6981 QUE ERA CONDUZIDO PELO SENHOR JOSE PEDRO DE MELO E QUE VINHA NA "CONTRA-MÃO". ONDE ACABOU COLIDIINDO PROVOCANDO O ACIDENTE. O SENHOR JOSE CICERO DOS SANTOS NÃO SOFRU FERIMENTOS. OS OUTROS 3 (TRÊS) OCUPANTES DO VEÍCULO 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 VEÍCULOS FOI CONDUZIDO A ESTA DELEGACIA POR IMPOSSIBILIDADE DE CONDUÇÃO. SEM MAIS A RELATAR ENCERRO ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.



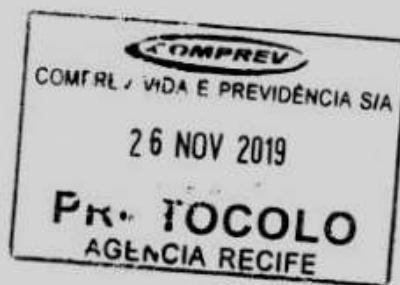
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

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:
	335.281.934-17	Sidclei Francisco de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Sidclei Francisco de Souza	335.281.934-17		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Riceira-se	47V G Vila Teimosa	29	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Vassouras	Caruaru	PE	55000-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (81) 39258-3087		

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:		
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237)		
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: (051) <input type="checkbox"/> CONTA: 9848 596 71 (Informar o dígito se existir) <input type="checkbox"/> CONTA: (Informar o dígito se existir) <input type="checkbox"/> CONTA: (Informar o dígito se existir)		

Autorizo a Seguradora Lider 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):		
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias ao 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 Lider para verificar a existência de incapacidades permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prestar declaração para futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.		
COMPREV COMF. R. L. V. VIDA E PREVIDÊNCIA S/A 26 NOV 2019 PR. 1.000.000 AGÊNCIA RECIFE		

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

	Maria Adriana Mendonça de Souza
	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
	111-156-494-93
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	

40 - Local e Data, 38130/2089

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

x Galo Francisco de Souza

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

000000000000

TESTEMUNHAS

38 - 1º Nome: Leônidas Alexonirio Oliveira Faria
CPF: 011.173.854-77
Assinatura da testemunha
Leônidas Alexonirio Oliveira Faria
39 - 2º Nome: Eliane Francisca PG Barros
CPF: 015.729.854-02
Vila Nova
Eliane Francisca PG Barros
Assinatura da testemunha





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA FR CANECA - NUM. - 00152 - MAURICIO DE NASSAU CARUARU PE 55012-330

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 6587283	De: 08/12
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO FÁCTIVEL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE CONSUMO/MES
HIDRÔMETRO Y07N368684	DATA LEIT. ANTERIOR 11/12/2018	DATA LEIT. ATUAL 10/01/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) MED. INOV

ÁGUA:

LEIT. ANT: 1387 CONSUMO: 0
LEIT. ATU: PFCORRENCIA TAXA: 4
LEIT. FAT: 1397

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO

DATA:	VALOR:	NÚMERO DE AMOSTRAS			
		EXIG.	PORT	ANALISE	ALERTA(M)
11/2018	00	HS 2	414/11	REALIZ.	6. LEIAIS
10/2018	00	TURBIDEZ	166	169	169
09/2018	00	COR APARENTE	166	169	123
08/2018	00	CLORO RESIDUAL	166	169	169
07/2018	03	COLI TOTAI	166	14.9	15.0
06/2018	00	COLI	166	169	169

MÉDIA:

00 Qualidade da Água: 000. COMPESA. CAD. 00
0BS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA %, % DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COFIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
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:

AGUA	CONSUMO	TOTAL (R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) COMUN. DE ÁGUA	41,30	
RELIGAÇÃO 1 UNIDADE	9,02	

ITEMS	VALOR (R\$)	PERCENTUAL (%)	VALOR (R\$)
PE. COMS	41,30	1,65	0,68

VENCIMENTO: 20/01/2019 TOTAL A PAGAR: 50,32

MENSAGEM:

PRESO CLÍENTE, COMUNICAMOS QUE O SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO
DE ÁGUA ENCONTRA SE EM OPERAÇÃO FESSE EUDER. O E SERÁ
COBRADA TARIFA PELO SERVIÇO. CONFIRME CATEGORIA DO INHOUE.





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA FR CANECA - NUM. - 00152 - MAURICIO DE NASSAU CARUARU PE 55012-330

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 6587283	De: 2013
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO FÁCTIVEL	QUANTIDADE DE CONSUMO(M³)	PÚBLICA
HIDRÔMETRO Y07N368684	DATA LEIT. ANTERIOR 11/12/2018	DATA LEIT. ATUAL 10/01/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) MED. INOV

ÁGUA:

LEIT. ANT: 1387 CONSUMO: 0
LEIT. ATU: PFCORRENCIA TAXA: 4
LEIT. FAT: 1397

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO

DATA:	VALOR:	NÚMERO DE AMOSTRAS			
		EXIG.	PORT	ANALISE	ALERTAHC
11/2018	00	HS 2	414/11	REALIZ.	6. LEIAIS
10/2018	00	TURBIDEZ	166	169	169
09/2018	00	COR APARENTE	166	169	123
08/2018	00	CLORO RESIDUAL	166	169	169
07/2018	03	COLI TOTAI	166	14.9	15.0
06/2018	00	ESCHERICHIA COLI	166	169	169

MÉDIA:

00 Qualidade da Água: 000. COMPESA. CAD. 00
0BS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA %, % DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2)OS PARÂMETROS COFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
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:

AGUA	CONSUMO	TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) COMUN. DE ÁGUA	41,30	
RELIGAÇÃO 1/2"X18	9,02	

ITEMS	VALOR R\$	VALOR R\$	VALOR R\$
PE. COMS	41,30	1,65	0,68

VENCIMENTO: 20/01/2019 TOTAL A PAGAR: 50,32

MENSAGEM:

PREZADO CLIENTE, COMUNICAMOS QUE O SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO
DE ÁGUA ENCONTRA SE EM OPERAÇÃO FESSE EUDER. O E SERÁ
COBRADA TARIFA PELO SERVIÇO CONFIRME CATEGORIA DO IMÓVEL.





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

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

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

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

Pelo exposto, eu Sidnei Francisco de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 306.768.044-62, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sidnei Francisco de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 135.281.936-17, do sinistro de DPVAT cobertura intermediária da Vítima Sidnei Francisco de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 135.281.936-17, 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 Lider-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	GAT V G Vila Teimosa		Número	29	Complemento		
Bairro	Vassoural	Cidade	Caruaru	Estado	PE	CEP	55000-000
Email				Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) 9258-3087		

Caruaru 10 de 10 de 19
Local e Data

Assinatura do Declarante



DLDRL001 V001/2017





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



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 FRATRA 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 FRATURA DOS OSSOS DA Perna EM 22/02/18

Observação:

ANALGESIA E ATB PARA CASA
AFASTAMENTO DE ATIVIDADES LABORAIS POR 60 (SESSENTA) DIAS

Encaminhado para:

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR. LEONARDO GOUVEIA

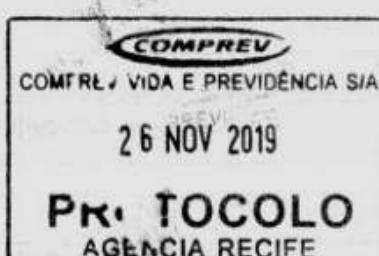
Dr. José Dias U.
CRM/PE 10.674

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 - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/08/2020 11:49:13
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080611491323300000064658680>
Número do documento: 20080611491323300000064658680

Num. 65899717 - Pág. 12



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIPAPÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Hospital M° Digna Pessoa de Mello

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Unidade Mista de Quipapá
Nome: *Steffe Francisco de Souza*
Endereço: *Rua Ihering*
Nome da Mãe: *Maria de Souza*
Acompanhante e/ou Responsável:

Data: *14/01/2018*

Hora: *14:32*

Município:

Telefone:

Condição	Profissão	Sexo	Nascimento	Nacionalidade	Cartão do SUS
<input type="checkbox"/> Atéente de trabalho		<input checked="" type="checkbox"/> Masculino	<i>10/06/87</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Brasileiro	
<input type="checkbox"/> Caso de polícia		<input type="checkbox"/> Feminino		<input type="checkbox"/> Estrangeiro	OUTRO DOCUMENTO
Pressão arterial	Pulso	Temperatura	HGT	Exames complementares:	<i>36,4°C - 803-16</i>
Max:	Min:	Axilar:	Rectal:		

*Tratou-se de um
caso de infarto
com quadro de instabilidade
e óbito fisiológico.*

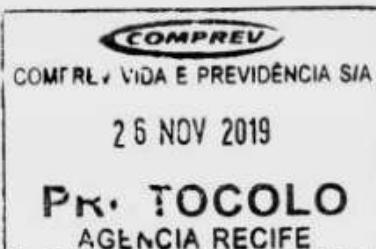
Tratamento:

H1R

5363 - 162

oxigênio

Buz



Destino dado ao Paciente:

Residência

Internado

Impressão Diagnóstica:

Encaminhado: _____

Dias: _____

Removido: _____

Óbito às _____ H _____ min. Do dia _____

Encaminhado ao I.M.L.

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

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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



Receituário Controle Especial

Identificação do emitente

NOME COMPLETO: 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- DIPIRONA 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/cerimbo

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/08/2020 11:49:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080611491323300000064658680>
Número do documento: 20080611491323300000064658680

Num. 65899717 - Pág. 14



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



Receituário Controle Especial

Identificação do emitente			
NOME COMPLETO: 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- CEFALEXINA 500MG
TOMAR 01CP, 6/6H, POR 10 DIAS

Dr. José Dias D. Neto
Médico
CRM-PE 10676

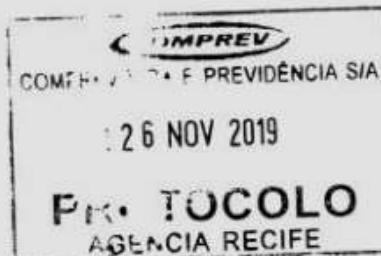
Data: 26/02/2018

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/08/2020 11:49:13
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080611491323300000064658680>
Número do documento: 20080611491323300000064658680

Num. 65899717 - Pág. 15



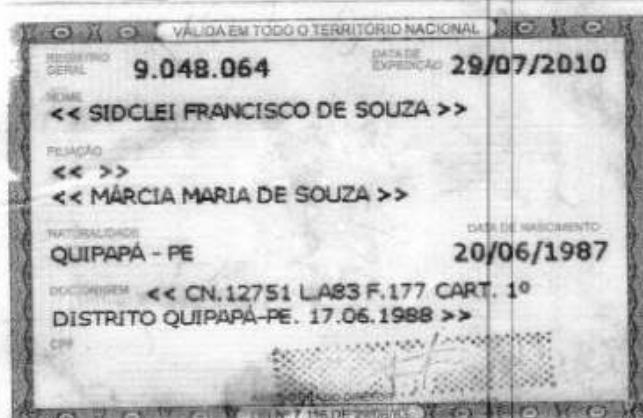
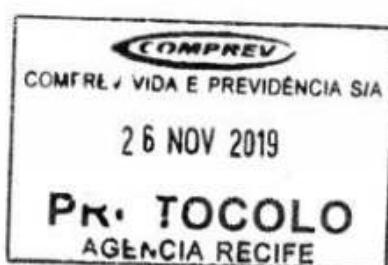
MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
135.281.934-17

Nome
SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

Nascimento
20/06/1987

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

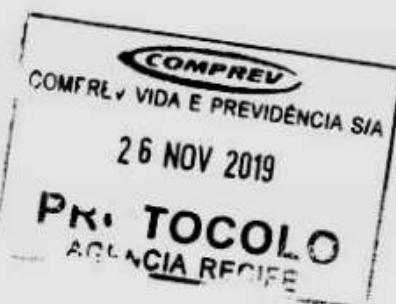


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/08/2020 11:49:13
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080611491323300000064658680>
Número do documento: 20080611491323300000064658680

Num. 65899717 - Pág. 16



Procurador



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/08/2020 11:49:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080611491323300000064658680>
Número do documento: 20080611491323300000064658680

Num. 65899717 - Pág. 17



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/08/2020 11:49:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080611491323300000064658680>
Número do documento: 20080611491323300000064658680

Num. 65899717 - Pág. 18



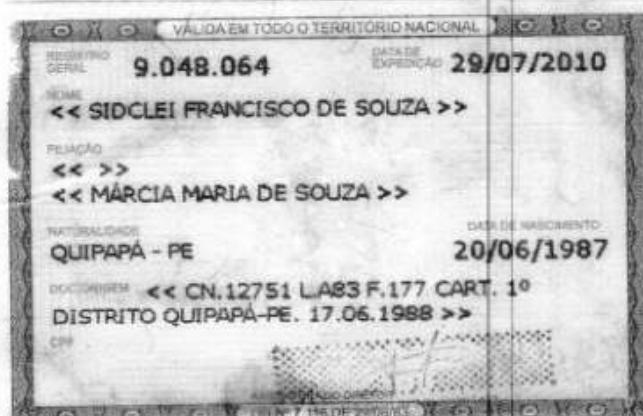
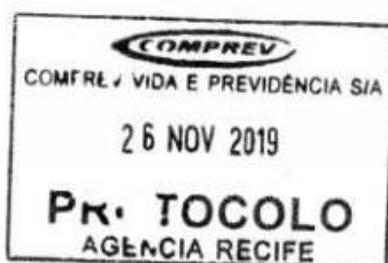
MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
135.281.934-17

Nome
SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

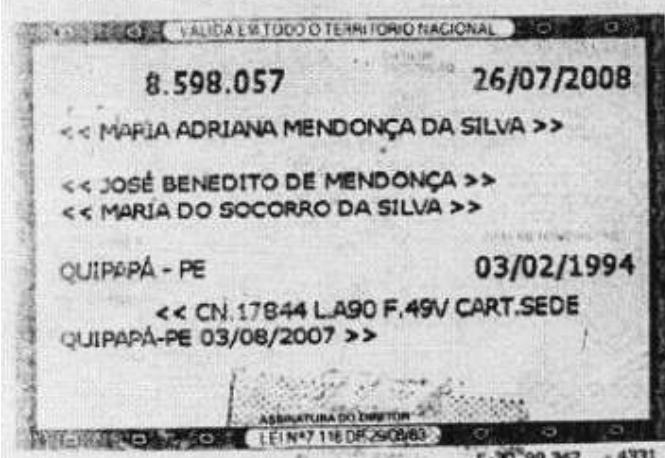
Nascimento
20/06/1987

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/08/2020 11:49:13
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080611491323300000064658680>
Número do documento: 20080611491323300000064658680

Num. 65899717 - Pág. 19



CÓDIGO DE CONTROLE
C184.F08C.F7F5.9003

A autenticidade desse comprovante poderá ser confirmada no internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.
Comprovante enviado pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
SI 082545 2019 03092011 (hora e data de emissão)
dígito verificador: 99

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



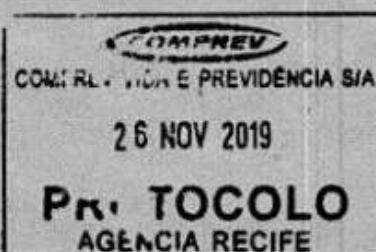
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
111.156.494-93

Nome
MARA ADRIANA MENDONÇA DA SILVA

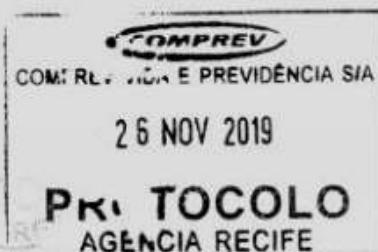
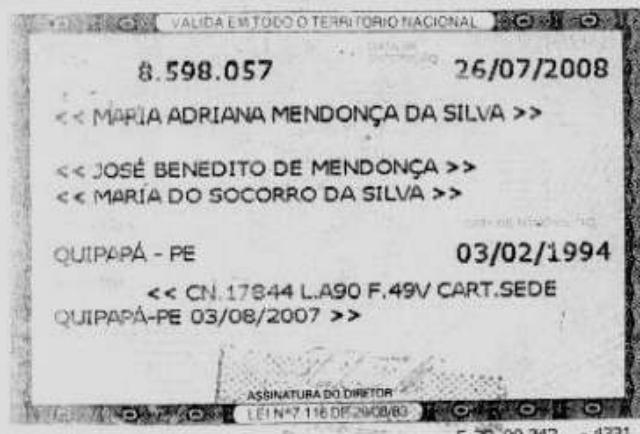
Endereço
03/02/1994

LEIA O TÓPICO COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/08/2020 11:49:13
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080611491323300000064658680>
Número do documento: 20080611491323300000064658680

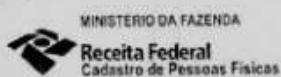
Num. 65899717 - Pág. 21



CÓDIGO DE CONTROLE
C184.F0BC.F7F5.9003

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 08:25:45 do dia 03/05/2011 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 99



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

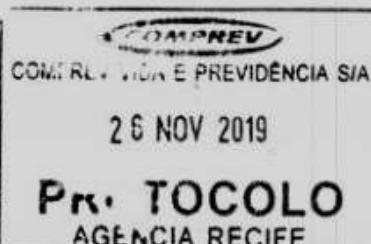
Número
111.156.494-93

Nome

MARIA ADRIANA MENDONCA DA SILVA

Nascimento
03/02/1994

VALIDO DURANTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	8.443.242
DATA DE EXPEDIÇÃO 04/08/2016	
NOME << ELIANE FRANCISCA DE BARROS VILANOVA >>	
FILHO << RUMÃO HONORIO DE BARROS >> << MARIA FRANCISCA DA CONCEIÇÃO >>	
NATURALIDADE LAGOA DOS GATOS - PE	DATA DE Nascimento 28/10/1965
D.O.C. ORIGEM << CC.2281 L.03-B F.287V CART.2 ^a ZONA, CARUARU-PE.27.08.2007. >>	
CPF 015.729.854-02	Sellos Ana Patrícia C.G.Alcoforado LEI N° 7.118 DE 29/08/83
1015456780512146104-6987942 F-71 85.876 - 3131	

Testemunha





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.435, de 26/04/02

NOTA FISCAL | **FATURA** | **CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista - Recife - PE CEP 52051-002
CNPJ 10.839.932/0001-08 | Insc. Est. 0016943-92 | www.celp.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSE ROBERTO RODRIGUES

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA L 52 VILA TEIMOSA

CPF: 683 445 144-34

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

DATA DA FATURA	PERÍODO	DATA DE VENCIMENTO
07/06/2019	UNICA	07/10/2019
07/10/2019	Nº DA NOTA FISCAL	Nº DA NOTA FISCAL

VASSOURAL/CARuaru
CARuaru/PE
55228-380

DATA DA FATURA	MÊS ANO
14/10/2019	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
14/10/2019	07/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

70,62

O DETALHADO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Aberto (Wh)	74.000,0000	0,01000000	74,00
Acréscimo Bancária ARELIA			0,23
Acréscimo Bancária HERMELINA			2,41
Corr. Iuri. Pública Municipal			4,27
ICMS Substituição CDE-NF 069204588-04/07/19			0,40
ICMS Substituição CDS-NF 07265102-05/08/19			0,40
Multa por atraso-NF 072053102 - 05/08/19			1,04
Juros por atraso-NF 072053102 - 05/08/19			0,01

TOTAL DA FATURA

70,62

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR LEITURA	DATA ATUAL LEITURA	Nº DE DAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (WH)
1297	CAL	06/06/19	32,00	07/10/19	98,00	33	1.000,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	Informações de Fornitores	Consumo (kWh)
OUT/18		
SET/18		
AGO/18		
DEZ/18		
ABR/19		
MAR/19		
MAI/19		
JUN/19		
JUL/19		
AGO/19		
SET/19		
OUT/19		
NOV/19		
DEZ/19		
OUT/18		

CELEP 980813310460058801C 483D TOFC

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Peço que seja respeitado o direito à privacidade da minha família. Não quero que meus dados sejam divulgados para terceiros. Caso seja necessário fornecer minhas informações para fins de cobrança, poderá ser feita a divulgação da minha identidade e endereço para a Companhia de Distribuição de Energia Elétrica (CDE) ou para a Companhia de Gás (CGE), conforme o disposto na Lei 8.080/90, art. 20, § 1º, que estabelece que "não é lícito a divulgação de dados de pessoas físicas, salvo quando autorizada por lei, por ato normativo ou por contrato de prestação de serviços". Caso eu não queira que meus dados sejam divulgados, informe-me, por escrito, para que eu possa exercer meu direito de opção de não divulgação. Caso eu não exerça meu direito de opção de não divulgação, os dados poderão ser usados a partir de 2 meses do seu exercício, podendo também ser utilizado o direito de opção de suspensão.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTA EM ABERTO

SAIBA SEUS DEVERES E DIREITOS NA FONTE DE CONSUMO

Linha 1000-1111 - Prezado(a) Consumidor(a), caso tenha alguma dúvida sobre sua conta, entre em contato com a Celpe-PE.

Este consumo é devido a débitos de débitos de fornecimento de energia elétrica e de outras contas de consumo de serviços. Caso o débito seja suspenso, não haverá fornecimento de energia elétrica por parte da Celpe-PE, podendo ocorrer a interrupção do fornecimento de energia elétrica. O cliente é responsável quanto à não realização de contratação de serviços de fornecimento de energia elétrica, bem como a não realização de pagamento de contas de consumo de serviços de fornecimento de energia elétrica. O cliente é responsável pelo pagamento das contas de consumo de serviços de fornecimento de energia elétrica, bem como pelo pagamento das contas de consumo de serviços de fornecimento de energia elétrica.

Para mais informações, entre em contato com a Celpe-PE ou com a Agência de Proteção de Dados Pessoais (ADPF).

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

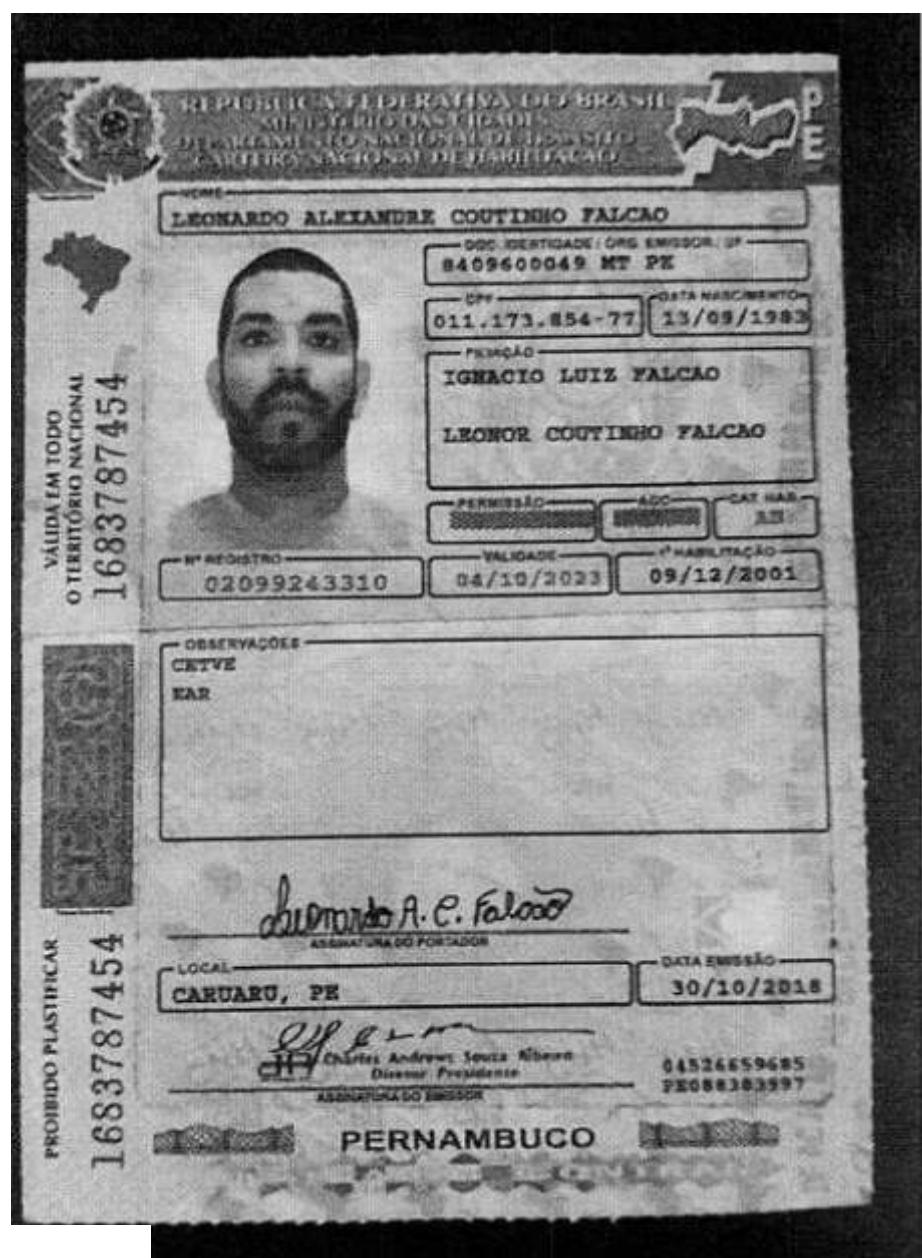
Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.

Fonte: Conselho Nacional de Defesa dos Consumidores (CNDL) - Resolução nº 100, de 20 de junho de 2000.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/08/2020 11:49:13
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080611491323300000064658680>
Número do documento: 20080611491323300000064658680

Num. 65899717 - Pág. 26

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ 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
Ouvíndia 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	DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
LEONARDO ALEXANDRE COUTINHO FALCAO	16/10/2019	09/10/2019	000159810020
CPF: 011.173.854-77	TOTAL A PAGAR (R\$)	DATA DA APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE
	217,48	09/10/2019	2002336000
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA	CLASSE	NÚMERO DA NOTA FISCAL	Nº DA INSTALAÇÃO
RUA ALFERES JORGE 351 INDIANOPOLIS/CARUARU 55024-130 CARUARU PE	B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico	080222598	0000825774
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	RESERVADO AO FISCO	DE02.5AD8.5EEF.B8B3.1AEE.400C.1BA8.C58D	

DESCRÍÇÃO 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 072371933-07/08/19			1,23					
Multa por atraso-NF 076362336 - 06/09/19			2,97					
Juros por atraso-NF 076362336 - 06/09/19			0,84					
TOTAL DA FATURA			217,48					
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO
188,25	25,00	47,06	188,25	1,29	2,42	188,25	5,95	11,29

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh):	0,545233000	kWh	
OUT 19		219	
SET 19		178	
AGO 19		173	
JUL 19		230	
JUN 19		210	
MAI 19		226	
ABR 19		217	
MAR 19		251	
FEV 19		196	
JAN 19		252	
DEZ 18		252	
NOV 18		317	
OUT 18		237	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA / LEITURA	ATUAL DATA / LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003182374341	CAT	06/09/2019 284,00	09/10/2019 503,00	33	1.000000	0,00	219,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 09/11/2019							

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No. de horas sem Energia	CARUARU	0,00	5,07	10,15	20,30
FIC-No. de vezes sem Energia		0,00	3,11	6,22	12,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,85	0,00	0,00
DIARI-Duração de interrupções em dia crítico				Límite DIARI: 12,22	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 65,34					
Todo Consumidor pode solicitar a apresentação das indicadores DIC, FIC, DMIC e DIARI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES							
Pague no ponto mais perto de você! farmacia michelle: av joao salvador 05 rachao / j es armário é 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 no 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 próximo mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.							
DESTAQUE AQUI							
CONTAS CONTRATOS							
TENSÃO DE TENSÃO							

CONTAS CONTRATOS	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 APRESENTA-SE COM TROFISMO MUSCULAR EQUIVALENTE AO LADO COTRALATERAL, BOM ALINHAMENTO E
físico: 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
Vítima: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA **Data do acidente:** 14/02/2018
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA Perna DIREITA

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

Resultados terapêuticos: APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR EM PERNAS 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/08/2020 11:49:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008061149132330000064658680>

Número do documento: 2008061149132330000064658680

Num. 65899717 - Pág. 31

PROCURAÇÃO

COMPREV
COMFREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

26 NOV 2019

P.R. TOCOLO

SACARÉM - RECIFE

OUTORGANTE(Vitima beneficiaria)

NOME: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA
RG: 9048.064 ,CPF: 135.281.934-17 ; ESTADO CIVIL:

ENDERECO: RUA L (VASSOURAL) Nº 52

BAIRRO: VILA REINOSA CIDADE: CARUARU

UF PE

OUTORGADO (Procurador)

NOME: SILAS FRANCISCO DE SOUZA
RG: 8363.274 ,CPF: 106.768.044-62 ; ESTADO CIVIL:

ENDERECO: RUA L VILA REINOSA 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 à Seguradora Líder dos Consorcios do Seguro DPVAT, a fim de dar entrada no pedido de Indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT da Vitima: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA ,CPF: 135.281.934-17 .

Data do acidente: 14/10/2018

Nome do ROGO: MARIA ADRIANA MENDONCA DA SILVA

RG: 8598.057 ,CPF: 111.156.494.93

ENDERECO: RUA L VILA REINOSA Nº 62

BAIRRO: VASSOURAL CIDADE: CARUARU

UF PE

TESTEMUNHAS:

Nome 1: LEONARDO ALEXANDRE COUTINHO FALCAO

RG: 4075603 ,CPF: 011.173.854-77

ENDERECO: ALFERES JORGE Nº 351 BAIRRO: IANANOPOLIS

CIDADE: CARUARU UF: PE

Nome 2: ELIANE FRANCISCA DE BARROS VILANOVA

RG: 8443.242 ,CPF: 015.729.854-02

ENDERECO: 49 TRAV. G VILA REINOSA Nº 29 BAIRRO: VASSOURAL

CIDADE: CARUARU UF: PE

Mario Adriano Mendonça do Silva

(assinatura do ROGO, Reconhecer firma por autenticidade)

Leonardo Alexandre Coutinho Falcao

(assinatura da testemunha 1)

Eliane Francisca de Barros Vilanova

(assinatura da testemunha 2)

LOCAL E DATA: Agrestina, 13 de Novembro de 2019

SERVENTIA NOTARIAL DA COMARCA DE AGRESTINA - PE
Técnica: LEONITA ROSA MONTEIRO / Substituta: BELA JANICLE DE NERI MONTEIRO
R. João Pessoa, 88 - Centro - Agrestina - PE CEP: 55.495-000
Fone: 81-3744-1417 - email: leonita_monteiro@uol.com.brRECONHECO, por autenticidade a(s) firma(s) de:
MARIA ADRIANA MEDONCA DA SILVA

selo:0073627.KZV02201902.00413

e ELIANE FRANCISCA DE BARROS VILANOVA

selo: 0073627.MBF02201902.00414

dou fe. Agrestina, 13/02/2019 14:26:19 Em testemunha de verdade.



Leonita Rosa Monteiro

Envolvimentos R\$7,98 TSNR: R\$1,60 Total a Pagar R\$9,58 Oper. DNDP

Consulte Autenticidade em [www.tjepe.jus.br/seledigital](http://tjepe.jus.br/seledigital)SERVENTIA NOTARIAL DA COMARCA DE AGRESTINA - PE
Técnica: LEONITA ROSA MONTEIRO / Substituta: BELA JANICLE DE NERI MONTEIRO
R. João Pessoa, 88 - Centro - Agrestina - PE CEP: 55.495-000
Fone: 81-3744-1417 - email: leonita_monteiro@uol.com.brRECONHECO, por autenticidade a(s) firma(s) de:
LEONARDO ALEXANDRE COUTINHO FALCAO

selo:0073627.VTK02201902.00412

dou fe. Agrestina, 13/02/2019 14:25:39 Em testemunha de verdade.



Leonita Rosa Monteiro

Envolvimentos R\$3,99 TSNR: R\$0,80 Total a Pagar R\$4,79 Oper. DNDP

Consulte Autenticidade em [www.tjepe.jus.br/seledigital](http://tjepe.jus.br/seledigital)

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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SILAS FRANCISCO DE SOUZA VALENTIM

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/08/2020 11:49:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080611491323300000064658680>
Número do documento: 20080611491323300000064658680

Num. 65899717 - Pág. 33

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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SILAS FRANCISCO DE SOUZA VALENTIM

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/08/2020 11:49:13
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080611491323300000064658680>
Número do documento: 20080611491323300000064658680

Num. 65899717 - Pág. 34

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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SILAS FRANCISCO DE SOUZA VALENTIM

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/08/2020 11:49:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080611491323300000064658680>
Número do documento: 20080611491323300000064658680

Num. 65899717 - Pág. 35



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:

Sidclei 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:	Sidclei Francisco de Souza			6 - CPF:	135.281.934-17
7 - Profissão:	Revisor - se	8 - Endereço:	470 G. Vila Teimosa	9 - Número:	29
11 - Bairro:	Vassoural	12 - Cidade:	Caruaru	13 - Estado:	PE
15 - E-mail:				14 - CEP:	55000-000
				16 - Tel. (DDD):	(81) 9.258-3087
				(81) 9.258-3087	

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:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSCO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCARIOS: 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)

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 Lider 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider 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.

COMPREHENSÃO DA DOCUMENTAÇÃO SIA

13 JAN 2020

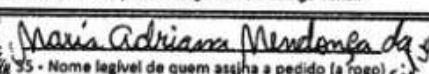
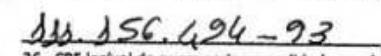
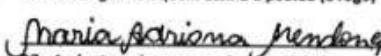
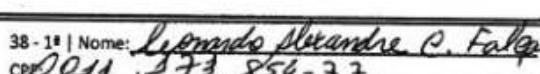
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 teve nascimentos? 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 Lider 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)  36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)  37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: Leonardo Alexandre C. Falcao CPF: 051.773.854-77
	Assinatura da testemunha
 39 - 2º Nome: Elaine Francisca de Barros CPF: 051.729.854-02	39 - 2º Nome: Elaine Francisca de Barros CPF: 051.729.854-02
	Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Caruaru.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Sidclei Francisco de Souza

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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, contados 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



01868/01870 - carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/08/2020 11:49:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008061149132330000064658680>
Número do documento: 2008061149132330000064658680

Núm. 65899717 - Pág. 37



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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/08/2020 11:49:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080611491323300000064658680>
Número do documento: 20080611491323300000064658680

Num. 65899717 - Pág. 38



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





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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/08/2020 11:49:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080611491323300000064658680>
Número do documento: 20080611491323300000064658680

Num. 65899717 - Pág. 40