



Número: **0066451-09.2019.8.17.2001**

Classe: **OUTROS PROCEDIMENTOS DE JURISDIÇÃO VOLUNTÁRIA**

Órgão julgador: **Seção B da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.530,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDSON ALMEIDA DA SILVA (AUTOR)		maria do socorro almeida de macedo dasaev costa (ADVOGADO)	
COMPREV SEGURADORA (REU)			
RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66880130	25/08/2020 09:32	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, 15 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318921

Vítima: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

Data do Acidente: 07/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO SOCORRO ALMEIDA DE MACEDO DASA EV COSTA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

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

Autorização de pagamento não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Boletim de ocorrência ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

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. 01931/01932 - carta_03 - INVALIDEZ

00050966



Carta nº 14307881





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

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190318921

Vítima: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

Data do Acidente: 07/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO SOCORRO ALMEIDA DE MACEDO DASA EV COSTA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14308670

Pag. 00833/00834 - carta_01 - 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 Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318921

Vítima: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

Data do Acidente: 07/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO SOCORRO ALMEIDA DE MACEDO DASA EV COSTA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

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

Autorização de pagamento não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Comprovante de residência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00461/00462 - carta_03 - INVALIDEZ

00070231



Carta nº 14367852





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

Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318921

Vítima: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

Data do Acidente: 07/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO SOCORRO ALMEIDA DE MACEDO DASA EV COSTA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovante de residência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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. 01683/01684 - carta_03 - INVALIDEZ

00040842



Carta nº 14478044





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, 02 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318921

Vítima: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

Data do Acidente: 07/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO SOCORRO ALMEIDA DE MACEDO DASA EV COSTA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

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

Autorização de pagamento não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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. 01921/01922 - carta_03 - INVALIDEZ

00050961



Carta nº 14516017





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 Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190318921

Vítima: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

Data do Acidente: 07/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO SOCORRO ALMEIDA DE MACEDO DASA EV COSTA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00171/00172 - carta_02 - INVALIDEZ

00060086



Carta nº 14546781





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, 31 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190318921

Vítima: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

Data do Acidente: 07/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO SOCORRO ALMEIDA DE MACEDO DASA EV COSTA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

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. 01335/01336 - carta_25 - INVALIDEZ



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 453.903.904-4 Nome completo da vítima: Marizana Valesca Almeida da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Edson Almeida da Silva CPF: 062.548.694-71
Profissão: Motorista Endereço: Rua Guomabara Número: 110 Complemento: _____
Bairro: Riocho Novo Cidade: Escada Estado: DE CEP: 55500-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

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 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 e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

MORTE

Local e Data, Recife, 10-05-19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
11 MAI 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 433.903.904-2 Nome completo da vítima: Rhartana Valesca Almeida da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 448/2012

Nome completo: Edson Almeida da Silva CPF: 062.548.694-7

Profissão: Motorista Endereço: Rua Guimarães Número: 110 Complemento: _____

Bairro: Riocho Novo Cidade: São Paulo Estado: DE CEP: 55500-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

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

RECEITA MENSAL: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1540 CONTA: 00126291

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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.

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 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 Lider para verificação da existência ou não de invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a 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

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☒ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ 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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Recife, 10-05-19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Rhartana Valesca Almeida da Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver): Edson Almeida da Silva

Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

3ª Nome: _____ CPF: _____

4ª Nome: _____ CPF: _____

5ª Nome: _____ CPF: _____

6ª Nome: _____ CPF: _____

7ª Nome: _____ CPF: _____

8ª Nome: _____ CPF: _____

9ª Nome: _____ CPF: _____

10ª Nome: _____ CPF: _____

FP.001 V001/2018

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Exatidão (a) (p) (e) de subscritor: ☐ DIÁRIOS (DESPEJAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

NP do driver ou ASL: CPF da vítima: 433.903.904-4 Nome completo da vítima: Edson Almeida da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDAS MENSUAIS DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUPLEN 00-4/2013

Nome completo: Edson Almeida da Silva CPF: 062.548.694-7
Profissão: motorista Endereço: Rua Guomaraes Número: 170 Complemento:
Bairro: Riocho Novo Cidade: Bacalh Estado: DE CEP: 55500-000
E-mail: Tel. (DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir na endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDAS MENSUAIS:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ R\$10.001,00 ATÉ R\$15.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ANEXAR UMA CÓPIA DE CUPOM

☐ CONTA POUPEIRA (serviço para os bancos citados. Anotar uma opção)
☐ Bradesco (247) ☐ Itaú (241)
☐ Banco do Brasil (203) ☐ Caixa Econômica Federal (204)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1540 (informar e digitar o código)

CONTA: 00126291 (informar e digitar o código)

AGÊNCIA: (informar e digitar o código)

CONTA: (informar e digitar o código)

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.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INIL - 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 cobertura do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (selecione uma das opções):

- ☐ 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 de Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias de análise.

Pelo motivo assinalado, solicito e pressuposto de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, seja considerado e processado, apresentando, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica as causas do Segurado Líder para verificação da existência ou não de invalidez permanente decorrente do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não gera nenhuma obrigação com futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÔNISCOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tenha filhos, informar quantos: Vítima deixou esposo(a) ou marido(a)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou filhos? ☐ 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 provarão esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer erro ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 239 do Código Penal.

Local e Data: Recife, 10-05-19
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROSTO
Edson Almeida da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (mediante)
Edson Almeida da Silva
Assinatura da Seguradora Líder (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE
11 MAI 2019

(*) A vítima/beneficiário não habilitado deverá assinar sobre postas habilitadas, antes e depois, para preencher e enviar o presente formulário, A SEU ROSTO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2013





AUTO-ATENDIMENTO - PAE FORUM RECIFE II
DATA: 19/06/2019
TERMINAL: 27175008
HORA: 09:28:31
CONTROLE: 271750080061

AGENCIA: 1530 - PRAIA DA PIEDADE
CONTA: 013.00126291-1
CLIENTE: EDSON ALMEIDA DA SILVA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
ULTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE
DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
DATA VALOR
10/06 0,80

MOVIMENTACAO		VALOR
DATA	NR. DOC	HISTORICO
20/01/2011	001	...
21/01/2011	002	...
22/01/2011	003	...
23/01/2011	004	...
24/01/2011	005	...
25/01/2011	006	...
26/01/2011	007	...
27/01/2011	008	...
28/01/2011	009	...
29/01/2011	010	...
30/01/2011	011	...
31/01/2011	012	...
01/02/2011	013	...
02/02/2011	014	...
03/02/2011	015	...
04/02/2011	016	...
05/02/2011	017	...
06/02/2011	018	...
07/02/2011	019	...
08/02/2011	020	...
09/02/2011	021	...
10/02/2011	022	...
11/02/2011	023	...
12/02/2011	024	...
13/02/2011	025	...
14/02/2011	026	...
15/02/2011	027	...
16/02/2011	028	...
17/02/2011	029	...
18/02/2011	030	...
19/02/2011	031	...
20/02/2011	032	...
21/02/2011	033	...
22/02/2011	034	...
23/02/2011	035	...
24/02/2011	036	...
25/02/2011	037	...
26/02/2011	038	...
27/02/2011	039	...
28/02/2011	040	...
29/02/2011	041	...
30/02/2011	042	...
01/03/2011	043	...
02/03/2011	044	...
03/03/2011	045	...
04/03/2011	046	...
05/03/2011	047	...
06/03/2011	048	...
07/03/2011	049	...
08/03/2011	050	...
09/03/2011	051	...
10/03/2011	052	...
11/03/2011	053	...
12/03/2011	054	...
13/03/2011	055	...
14/03/2011	056	...
15/03/2011	057	...
16/03/2011	058	...
17/03/2011	059	...
18/03/2011	060	...
19/03/2011	061	...
20/03/2011	062	...
21/03/2011	063	...
22/03/2011	064	...
23/03/2011	065	...
24/03/2011	066	...
25/03/2011	067	...
26/03/2011	068	...
27/03/2011	069	...
28/03/2011	070	...
29/03/2011	071	...
30/03/2011	072	...
31/03/2011	073	...
01/04/2011	074	...
02/04/2011	075	...
03/04/2011	076	...
04/04/2011	077	...
05/04/2011	078	...
06/04/2011	079	...
07/04/2011	080	...
08/04/2011	081	...
09/04/2011	082	...
10/04/2011	083	...
11/04/2011	084	...
12/04/2011	085	...
13/04/2011	086	...
14/04/2011	087	...
15/04/2011	088	...
16/04/2011	089	...
17/04/2011	090	...
18/04/2011	091	...
19/04/2011	092	...
20/04/2011	093	...
21/04/2011	094	...
22/04/2011	095	...
23/04/2011	096	...
24/04/2011	097	...
25/04/2011	098	...
26/04/2011	099	...
27/04/2011	100	...
28/04/2011	101	...
29/04/2011	102	...
30/04/2011	103	...
01/05/2011	104	...
02/05/2011	105	...
03/05/2011	106	

SALDO ANTERIOR

Ma10

18/05	000000	REM BASICA	0.00C
25/05	000000	REM BASICA	0.00C
27/05	190514	SAQUETERMINAL	2.10D

Junho

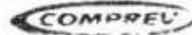
10/06	000000	REM BASICA	0.00C
-------	--------	------------	-------

RESUMO EM 18/05 0.80C
SALDO

RESUMO DO DIA	0,80C
SALDO DISPONIVEL	0,00
SALDO BLOQUEADO	0,80C
SALDO TOTAL	

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

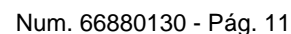
CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE



COMPRESA ... INIZIA SIA

19 JUN 2019

PROTOCOLLO





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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:
713-903-904-62

4 - Nome completo da vítima:
RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

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

5 - Nome completo:
RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

6 - CPF:
713-903-904-62

7 - Profissão:
NÃO INFORMA

8 - Endereço:
ET DA USINA

9 - Número:
328

10 - Complemento:

11 - Bairro:
MURIBEQUINHA

12 - Cidade:
JABOATÃO DOS GUARARAPES

13 - Estado:
PE

14 - CEP:
54360-465

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:
EDSON ALMEIDA DA SILVA

18 - CPF do Representante Legal:
062-578-694-71

19 - Profissão do Representante Legal:
NÃO INFORMA

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: 1580

CONTA: 00126291

1

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 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 e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a 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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar se possui outro: ☐ Sim ☐ Não

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (foi 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 ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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,

RECIFE 02/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:
713-903-904-62

4 - Nome completo da vítima:

RHAYANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

5 - Nome completo:

RHAYANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

6 - CPF:

713-903-904-62

7 - Profissão:

NÃO INFORMA

8 - Endereço:

ET DA USINA

9 - Número:

328

10 - Complemento:

11 - Bairro:

MURIBEQUINHA

12 - Cidade:

JABOATÃO DOS GUARARAPES

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

54360-065

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 25 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

EDSON ALMEIDA DA SILVA

18 - CPF do Representante Legal:

062-578-694-71

19 - Profissão do Representante Legal:

NÃO INFORMA

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\$1.000 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:

☒ CONTA POUQUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anote uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1580

CONTA:

00126291

1

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 LAÍDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, 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 realize perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realize perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias de validade.

Pelo motivo exposto, solicito o prosseguimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, apresentada e concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e extensão das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:

CNPJ 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

31 - Vítima

☐ Sim ☐ Não

32 - Vítima

☐ Sim ☐ Não

33 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

34 - Vítima

☐ Sim ☐ Não

35 - Vítima

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

RECIFE 02/07/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



CAIXA
CORREIOS E TELÉFONOS

AUTO-ATENDIMENTO - PAE FORUM RECIFE II
DATA: 19/06/2019 HORA: 09:28:31
TERMINAL: 27175008 CONTROLE: 271750080061

AGENCIA: 1580 - PRAIA DA PIEDADE
CONTA: 013.00126291-1
CLIENTE: EDSON ALMEIDA DA SILVA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
ULTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE
DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
DATA VALOR
10/06 0,80

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
		SALDO ANTERIOR	2,90C
		Maio	
18/05	000000	REM BASICA	0,00C
25/05	000000	REM BASICA	0,00C
27/05	190514	SAQUETERMINAL	2,10C

Junho

10/06	000000	REM BASICA	0,00C
-------	--------	------------	-------

RESUMO EM 18/06 0,80C
SALDO

RESUMO DO DIA 0,80C
SALDO DISPONIVEL 0,00
SALDO BLOQUEADO 0,80C
SALDO TOTAL

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-725 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº da Seguradora ASL: 3 - CPF da vítima: 713.903.904-62 4 - Nome completo da vítima: RHAYANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR EUSEP Nº 404/2012

5 - Nome completo: RHAYANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA 6 - CPF: 713.903.904-62
7 - Profissão: NÃO INFORMADA 8 - Endereço: ESTRADA DA USINA 9 - Número: 328 10 - Complemento:
11 - Bairro: MURBECUINHA 12 - Cidade: JABOTÃO DOS GUARARAPES 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54380-465
15 - Email: 16 - Telefone: (81) 98894.7576

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: EDSON ALMEIDA DA SILVA 18 - CPF do Representante Legal: 062578494-71 19 - Profissão do Representante Legal: NÃO INFORMADA

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CÔNITA:
☒ NÃO SE ENQUADRA EM NENHUMA DAS OPÇÕES
☐ SEM RENDA ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.001,00 ATE R\$3.000,00
☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.000,00 ☐ ACIMA DE R\$3.000,00

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

☒ CONTA POLIPLAÇA (Conta para os bancos atrelado, forneça uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (342)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1580 CONTA: 013.09126291
Assinatura: _____ 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 de valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CAUSO DO IMIL - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não houve qualquer fato ou circunstância que tenha ocasionado a morte ou invalidez permanente da vítima, conforme consta no relatório médico emitido pelo Instituto de Medicina Legal e Perícia (IML) para fins de reconhecimento da cobertura do Seguro DPVAT.

- ☐ 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.

Pelo motivo assinado, 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 não submeter à avaliação médica de causas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordar de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Viúva (ou não) ☐ Outros ☐ 24 - Data da morte da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou algum herdeiro(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou algum herdeiro(s)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que eu apresentar e apresentar esta declaração, estendo, assim, minha de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura da vítima ou representante legal: _____ 35 - Nome legít. de quem assina a rogatória pedido: _____ 36 - CPF legít. de quem assina a rogatória pedido: _____ 37 - Assinatura de quem assina a rogatória pedido: _____ 38 - 1ª Assinatura: _____ 39 - 2ª Assinatura: _____

40 - Local e data, 25/08/2020 - Recife - PE
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declaração): _____
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____
43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

CPF: 000.000.000-00





1 de 2

09/10/2018 16:08

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/3D37/infopol/xml/BOEPreview.html



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO
AGOSTINHO - DP40ªCIRC DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0130006378**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/10/2018** às
16:46

Complementa o BO Número: **18E0130006377**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 7/9/2018 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CHARNECA (BAIRRO), 1** - Bairro:
CHARNECA - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO 1 (AUTOR/AGENTE)
MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA (NOTICIANTE)
DESCONHECIDO 2 (OUTRO)
RHAYANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO 1



DESCONHECIDO 1

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

DESCONHECIDO 1 (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA Pai: EDSON ALMEIDA DA SILVA Data de Nascimento: 9/9/1981 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 19489126/SDS/PE (RG), 71356386462 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ESCADA, 119, RUA GUANABARA - CEP: 8 - Bairro: RIACHO DO NAVIO - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO 2 (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DOS PRAZERES DE LIMA Pai: DOMINGOS SOARES DA SILVA Data de Nascimento: 19/2/1981 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:



1 de 2

09/10/2018 16:44

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/Infopol/xml/BOEPreview.html

6710372/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Telefones Celulares: 85868241

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE RECIFE, 61, RUA PRAIA CANOA QUEBRADA VILA DOS PALMARES MURIBEGA - CEP: 55068-000 - Bairro: CENTRO - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO 1, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO 1 Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

CAMIONETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO 2, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO 1 Categoria/Marca/Modelo: CAMIONETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: HJE1211 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

INFORMA A MÃE DA VÍTIMA QUE A SUA FILHA ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA JUNTAMENTE COM O SEU MARIDO QUANDO UMA CAMIONETA COM O CONDUTOR COM SINAIS DE EMBREAGUEZ SEGUNDO A NARRATIVA DA MÃE DA VÍTIMA COLIDU NA PERNA DA VÍTIMA QUE ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA E O CONDUTOR ACUSADO EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO A VÍTIMA QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA.

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

RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA



(VITIMA)

MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA *Mario do Carmo Lima*
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: WASHINGTON BATISTA LIMA Matrícula: 328618-S

Washington

09/10/2018 16:44





1 de 2

09/10/2018 16:08

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/3D37/infopol/xml/BOEPreview.html



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO
AGOSTINHO - DP40ªCIRC DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0130006378**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/10/2018** às
16:46

Complementa o BO Número: **18E0130006377**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **7/9/2018** no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CHARNECA (BAIRRO), 1** - Bairro:
CHARNECA - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO 1 (AUTOR/AGENTE)
MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA (NOTICIANTE)
DESCONHECIDO 2 (OUTRO)
RHAYANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO 1



DESCONHECIDO 1

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

DESCONHECIDO 1 (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA Pai: EDSON ALMEIDA DA SILVA Data de Nascimento: 9/9/1981 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 19489126/SDS/PE (RG), 71396386462 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ESCADA, 119, RUA GUANABARA - CEP: 8 - Bairro: RIACHO DO NAVIO - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO 2 (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DOS PRAZERES DE LIMA Pai: DOMINGOS SOARES DA SILVA Data de Nascimento: 19/2/1981 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:



1 de 2

09/10/2018 16:44

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/Infopol/xml/BOEPreview.html

6710378/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Telefones Celulares: 85866341

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE RECIFE, 61, RUA PRAIA CANOA QUEBRADA VILA DOS PALMARES MURIBEGA - CEP: 55068-900 - Bairro: CENTRO - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO 1, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO 1 Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

CAMIONETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO 2, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO 1 Categoria/Marca/Modelo: CAMIONETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: HJE1211 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

INFORMA A MÃE DA VÍTIMA QUE A SUA FILHA ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA JUNTAMENTE COM O SEU MARIDO QUANDO UMA CAMIONETA COM O CONDUTOR COM SINAIS DE EMBREAGUEZ SEGUNDO A NARRATIVA DA MÃE DA VÍTIMA COLIDU NA PERNA DA VÍTIMA QUE ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA E O CONDUTOR ACUSADO EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO A VÍTIMA QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA.

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

RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA



(VITIMA)

MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA
(NOTICIANTE)

Mario do Carmo Lima

B.O. registrado por: WASHINGTON BATISTA LIMA Matrícula: 328618-S

W. Lima

09/10/2018 16:44



10/06/2019

Boletim de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO - DP40ªCIRC
DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0130004050

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/06/2019 às 15:10

Complementa o BO Número: 18E0130006378

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 7/9/2018 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CHARNECA (BAIRRO), 1 - Bairro: CHARNECA - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO 1 (AUTOR / AGENTE)
MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA (NOTICIANTE)
DESCONHECIDO 2 (OUTRO)
ADRIANO BATISTA DOS SANTOS (OUTRO)
RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO 1
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO 1



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

DESCONHECIDO 1 (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA Pai: EDSON ALMEIDA DA SILVA Data de Nascimento: 9/9/2001 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10409186/SDS/PE (RG), 71390390462 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ESCADA, 110, RUA GUANABARA - CEP: 0 - Bairro: RIACHO DO NAVIO - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO 2 (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DOS PRAZERES DE LIMA Pai: DOMINGOS SOARES DA SILVA Data de Nascimento: 16/2/1981 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6710878/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Telefones Celulares: - 85806241

file:///C:/Users/SDS/Infopol/nf/BOEPreview.html

1/2



10/06/2019

Boletim de Ocorrência

Endereço Residência: **MUNICÍPIO DE RECIFE, 1, RUA PRAIA CANOA QUEBRADA VILA DOS PALMARES MURIBECA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

ADRIANO BATISTA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ADRIANO BATISTA DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO 1**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGO8674** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

CAMIONETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO 2**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO 1**

Categoria/Marca/Modelo: **CAMIONETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJE1211** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

INFORMA A MÃE DA VÍTIMA QUE A SUA FILHA ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA JUNTAMENTE COM O SEU MARIDO QUANDO UMA CAMIONETA COM O CONDUTOR COM SINAIS DE EMBREAGUEZ SEGUNDO A NARRATIVA DA MÃE DA VÍTIMA COLIDU NA PERNA DA VÍTIMA QUE ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA E O CONDUTOR ACUSADO EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO A VÍTIMA QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA.

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

Rhavana Valesca Almeida da Silva
RHAVANA VALESKA ALMEIDA DA SILVA
(VÍTIMA)

MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **MARIA DAS DORES NEVES FURTADO** - Matrícula: **220.970-5**



file:///C:/Users/BOB/https://m11001/preview.html

26





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

453.903.904-4 Rhaizana Valesca Almeida da Silva

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

Nome completo:

Edson Almeida da Silva

CPF:

062.548.694-71

Profissão:

Motoboy

Endereço:

Rua Guomabara

Número:

110

Complemento:

Bairro:

Riocho Novo

Cidade:

Escada

Estado:

DE

CEP:

55500-000

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUZO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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.

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 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 e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a 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

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

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data:

Recife, 10-05-19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA S/A

11 MAI 2019

2ª Nome:

CPF:

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho
Secretaria Municipal de Saúde



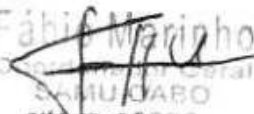
DECLARAÇÃO

Consta em nº de ocorrência **S523762** que o SAMU Cabo de Santo Agostinho foi solicitado para prestar atendimento a menor **Rhavana Valesca Almeida da Silva**, portadora da cédula de Identidade nº **10.409.186 SDS PE** e CPF: **713.903.904 - 62**; no dia 07 setembro de 2018, às 19h37, na Rua dos Funcionários s/n Pirapama, Cabo Centro, Cabo de Santo Agostinho, vítima de colisão de caminhão com motocicleta.

A mesma foi atendida no local e posteriormente removida para o Hospital Dom Helder Câmara.

Cabo de Santo Agostinho, 15 de outubro de 2018.

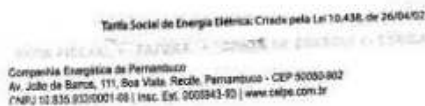
Atenciosamente,


Fábio Marinho
Coord. Geral
SAMU 192 Cabo
Mat. 43.080



Endereço: Av. Josefa Ana Conceição Itapuama – Cabo de Santo Agostinho
Fone: 3524 – 6099 E-MAILS: samucabo192@yahoo.com.br





RECEIVED BY DIRECTOR, CONSUMER
BIA-3471-BARA 110

RIACHO NAVIO ESCADA
ESCADA PE
06500-000

CONTRA CONTRATO **NESSUNO**

4007335488

MILANO

18/09/2018

09/2018

18/09/2018
TOTAL A PAGAR (RS)

11/10/2018

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE
-------------------	-------

031786741 1 INCA

RECEIVED

APRESENTAÇÃO | Nº DO CLIENTE

P DA INSTALAÇÃO

19.69

© 2000 THE MIT PRESS. ALL RIGHTS RESERVED.

[illegible]

TOTAL CA FATS: 9.4

Nº DO MOTOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (L/KM)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
313144070	CAI	10/06/2018	4.285,25	11/06/2018	4.141,25	10	1,0000		97,90

[illegible]

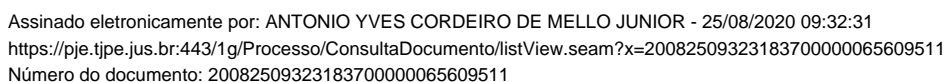
Copyright © 2005 by The McGraw-Hill Companies, Inc.

FREE 3114 453A 0316 FEB 1987 8657 UC:21

Segue o perfil mais profundo de Victor Hugo, o personagem de primeira ordem da literatura do século XIX, em uma obra que representa um dos maiores trabalhos de crítica literária e de história da literatura do século XX. O livro é dividido em duas partes: a primeira trata da vida de Victor Hugo, e a segunda da sua obra literária. O autor, que foi um dos maiores críticos literários do século XIX, analisa a obra de Victor Hugo sob o ponto de vista da crítica literária e da história da literatura. O livro é uma obra de referência para quem quiser conhecer mais sobre Victor Hugo e a literatura do século XIX.

[illegible]

CONCEITO	VALOR DE CÁLCULO	LIMITE ANUAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE SEMESTRAL	TAXA DE JUROS (%)	
					ANUAL	TRIMESTRAL
	0,00	5,31	17,81	1,00	7,00	2,33
	0,00	7,42	6,80	12,50		
	0,00	1,46	0,00	0,00		



**DADOS DO CLIENTE**

EDMILSON DA PENHA SILVA
MCI0054P03

CPF: 773 578 644-49 NIS: 21251178026

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDIMENTO

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	RECEB
063409727	UNICA	24/05/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
31/05/2019	2016682103	6882328

Consumo Aprox 30 kWh
Acréscimo Bandeira AMARELA
Compensação DIC Trimestral 01/19
Compensação OMC 03/19

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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, São Vito, Recife - PE, CEP 50055-902
CNPJ 10.836.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-02 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
ET DA USINA 328 AP-3 BL-H QD-V

MURIBEQUIVA/JABOATÃO
JABOATÃO DOS GUARARAPES PE
54390-465

CONTA CONSUMO	MESANO
7030714525	05/2019
DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
07/06/2019	22/06/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	5,04

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Aprox 30 kWh	30,0000000	0,16531594	5,04
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,08
Compensação DIC Trimestral 01/19			-0,36
Compensação OMC 03/19			-0,51

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA
01627377	CAI	28-04-2019	11,20		14-05-2019	12,00	

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTAÇÃO	
MÊS/ANO	CONSUMO (kWh)	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPORTE
MAR-19	30	ICMS	0,08
ABR-19	30	PIS	0,01
MAR-19	30	COPIS	0,01
FEV-19	30		
JAN-19	30		
DEZ-18	30		
NOV-18			
OUT-18			
SET-18			
AGO-18			
JUL-18			
JUN-18			
MAY-18			

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Na data de emissão da fatura, o valor da tarifa social de energia elétrica é de R\$ 0,16531594 por kWh, conforme Decreto Estadual nº 20.667/19, de 24/05/2019, e o valor da tarifa social de energia elétrica é de R\$ 0,16531594 por kWh, conforme Decreto Estadual nº 20.667/19, de 24/05/2019. O valor da tarifa social de energia elétrica é de R\$ 0,16531594 por kWh, conforme Decreto Estadual nº 20.667/19, de 24/05/2019. O valor da tarifa social de energia elétrica é de R\$ 0,16531594 por kWh, conforme Decreto Estadual nº 20.667/19, de 24/05/2019.

TENSÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERMISSÕES				MÊS DE TENSÃO	
CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	TENSÃO	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)
JABOATÃO	13,24	0,31	10,00	220	20
RECIFE	6,00	3,40	6,20		
OLINDA	12,17	3,03	0,00		







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **062.578.694-71**

Nome: **EDSON ALMEIDA DA SILVA**

Data de Nascimento: **11/03/1983**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **10/10/2003**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **09:29:09** do dia **11/05/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **0147.FB55.A87E.1503**



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

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







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 062.578.694-71

Nome: **EDSON ALMEIDA DA SILVA**

Data de Nascimento: 11/03/1983

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: 10/10/2003

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 09:29:09 do dia 11/05/2019 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 0147.FB55.A87E.1503



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

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190318921 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA **Data do acidente:** 07/09/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO ACETÁBULO E ILÍACO A ESQUERDA

Descrição do exame físico: ENCURTAMENTO VISÍVEL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, COM MARCHA CLAUDICANTE E USO DE BENGALA. LIMITAÇÃO MODERADA DO ARCO DE MOVIMENTO DO QUADRIL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO TOTAL DAS FRATURAS, MAS COM ALINHAMENTO ANATÔMICO IRREGULAR, EVOLUINDO COM ENCURTAMENTO E MARCHA CLAUDICANTE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 15/07/2019

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

