



Número: **0021560-63.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **06/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ALEX PEDRO DA SILVA (AUTOR)	BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	
RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67399 779	02/09/2020 16:19	ANEXO 1	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190312430 Vítima: ALEX PEDRO DA SILVA

Data do Acidente: 16/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALEX PEDRO 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 14287033

Pag. 01101,011102 - carta_01 - INVALIDEZ

00010601





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradotalider.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, 16 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190312430

Vítima: ALEX PEDRO DA SILVA

Data do Acidente: 16/12/2018

Cobertura: INVAUDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ALEX PEDRO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem seqüela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00859100800 - carta_04 - INVAUDEZ

00070400



Carta nº 14323909



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: **067.445.574-67** Nome completo da vítima: **ALEX PEDRO DA SILVA**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: **ALEX PEDRO DA SILVA** CPF: **067.445.574-67**
 Profissão: **REC. INF** Endereço: **RUA SÃO JOSÉ** Número: **250** Complemento: **CASA**
 Bairro: **LOTTO PLANALTO** Cidade: **TORITAMA** Estado: **PE** CEP: **55125-000**
 E-mail: _____ Tel (DDD): **(81) 9665-0454**

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

RENDAS MENSAL:

RECLUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: **2551** CONTA: **25731** 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.

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 do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **assinale 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 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, conforme apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantidade de sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, 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 CIV) 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 nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
Vivos: Falecidos: nascituro (vai nascer)? pais/avós vivos?

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: **TORITAMA PE 02/05/2019**
 Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____
 (*) Assinatura de quem assina A ROGO

Alex Pedro da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____
 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

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

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

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAIMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

NT do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 067.445.574-67 Nome completo da vítima: ALEX PEDRO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 442/2012
Nome completo: ALEX PEDRO DA SILVA CPF: 067.445.574-67
Profissão: REC.INF Endereço: RUA SÃO JOSÉ Número: 250 Complemento: CASA
Bairro: LOTTO PLANALTO Cidade: TORITAMA Estado: PE CEP: 55.125-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): (30) 9665-0454

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

REDA MENSAL:
 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
 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 - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA
 CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itau (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 2551 CONTA: 25731 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) decorrente do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que a ausência de laudo do IML não significa prévia controvérsia com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordo do seu conteúdo.
 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.
Data de emissão do laudo: 11 JUL 2019
Data de emissão do documento: 08 MAI 2019
Carimbo: **DEPARTAMENTO DE SINISTROS**
Carimbo: **SEGURADORA S/A**
Carimbo: **Av. São Barbosa, 715, Loja 5**
Carimbo: **CEP: 02.011-040**

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE
Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no civil) Divorçado Separado judicialmente Vivo 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 (val nascit)? 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 a aqueles 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 259 do Código Penal.

Local e Data: TORITAMA PE 02/05/2019
Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: Alex Pedro da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

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

(* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, 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.





29/03/2019 15:19

52162
0154167/1

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 129ª CIRCUNSCRIÇÃO - TORITAMA -
DP129ªCIRC DINTER/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0219000547

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/03/2019 às
15:25

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 16/12/2018 às 12:10

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TORITAMA, 1. LOTEAMENTO
PLANALTO - PROXIMO AO CAMPO SOBRYTE DE ZÉ BRASIL - Bairro:
CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JUNIOR CEZAR PEREIRA DA SILVA (OUTRO)
ALEX PEDRO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): **ALEX PEDRO DA SILVA**

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

**ALEX PEDRO DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DA
CONCEIÇÃO DA SILVA Data de Nascimento: 21/5/1986 Naturalidade: TORITAMA /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7835543/SP3/PE (RG), 06744667407 (CPF) Estado
Civil: ANASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: COSTUREIRO(A)**
Telefones Celulares:
553311448

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TORITAMA, 265, RUA SÃO JOSE - PLANALTO - CEP:
55335-699 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**JUNIOR CEZAR PEREIRA DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JUNIOR CEZAR PEREIRA DA
SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): ALEX PEDRO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 EROS MIX 5SD** Objeto apreendido
lãe

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DP-VAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2019

Gente Seguradora S
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife - Recife/PE CEP: 52011



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/POLICIA CIVIL/infopol/xm/BOEFF

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

Placa: **KOD9839** (PERNAMBUCO/TORITAMA); Renavam: **227000484** Chassi: **9C2K06519AR026148**

Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE: VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE PLACA KOD 9839 PELA RUA PRINCIPAL DO LOTEAMENTO PLANALTO, TRAFEGANDO NO SENTIDO PARQUE DAS FEIRAS. QUANDO REALIZOU UMA MANOBRA BRUSCA PARA NÃO COLIDIR COM O VEICULO VW PARATI DE COR PRATA DE PLACA E CONDUCTOR DESCONHECIDO, QUE TRAFEGAVA EM SENTIDO CONTRARIO, COM ISSO PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR, SOFRENDO LESÕES EM SUA PERNA DIREITA; QUE LOGO APÓS O ACIDENTE A VÍTIMA DEU ENTRADA NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA DESTA CIDADE, ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO.

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

Alex Pedro da Silva
ALEX PEDRO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ROGERIO DA SILVA DA FONSEGA** - Matrícula: **228978-0**



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
11 JUL 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



534178
023081119
3190623528

29/03/2019 15:19
521621
0154167/1

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 129ª CIRCUNSCRIÇÃO - TORITAMA -
DP129ªCIRC DINTER/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0219000547

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/03/2019 às 15:25

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 16/12/2018 às 12:10

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TORITAMA, 1, LOTEAMENTO PLANALTO - PROXIMO AO CAMPO SOCYTE DE IR BRASIL - BRITO CENTRO - TORITAMA, PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR) AGENTE
JUNIOR CEZAR PEREIRA DA SILVA (OUTRO)
ALEX PEDRO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO (USADO NA GERACAO DA OCORRENCIA) , que estava em posse de(a)
Sr(a): **ALEX PEDRO DA SILVA**

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

ALEX PEDRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA Data de Nascimento: 31/6/1988 Naturalidade: TORITAMA / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 1525943/SDS/PE (RG), 98744697667 (CPF) Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: **COSTUREIRO(A)**
Telefones: Celular: 883811448

Endereço Residência: **MUNICIPIO DE TORITAMA, 265, RUA SÃO JOSE - PLANALTO - CEP: 82900-000 - Bairro: CENTRO - TORITAMA, PERNAMBUCO/BRASIL**

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

JUNIOR CEZAR PEREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

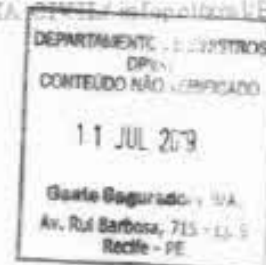
MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JUNIOR CEZAR PEREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALEX PEDRO DA SILVA**
CATEGORIA/MARCA/MODELO: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ESD** Objeto apreendido:
N/A

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
11 MAI 2019
Gente Seguradora
Av. Rui Barbosa, 715 Laje
Recife - Recife/PE CEP:520



Instituto de Combustíveis

Giz: W3YU6ca/POLICIA - 17º DESEC - JORITAMA - PE

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **KGD9828** (PERVAMBUÇO/JOANIMAMA) Behavem: **227698484** Chassi: **9G2K06619AR025148**
Ano/Fabrição/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCOGASOL****Complemento / Observação**

RELATA A VITIMA QUE: VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE PLACA KGD 9828 PELA RUA PRINCIPAL DO LOTEAMENTO PLANALTO, TRAFEGANDO NO SENTIDO PARQUE DAS FEIRAS, QUANDO REALIZOU UMA MANOBRA BRUSCA PARA NÃO COLIDIR COM O VEICULO VW PARATI DE COR PRATA DE PLACA E CONDUZOR DESCONHECIDO, QUE TRAFEGAVA EM SENTIDO CONTRARIO, COM ISSO PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR, SOPRENDO LESÕES EM SUA PERNA DIREITA; QUE LOGO APOS O ACIDENTE A VITIMA SEU ENTRADA NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FATIMA DESTA CIDADE, ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO.

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

Alex Pedro da Silva
ALEX PEDRO DA SILVA
(VITIMA)

S/O registrado por: **ROGERIO DA SILVA DE FONSECA** - Matrícula: **226978-8**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAIMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

NT do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 067.445.574-67 Nome completo da vítima: ALEX PEDRO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 442/2012

Nome completo: ALEX PEDRO DA SILVA CPF: 067.445.574-67

Profissão: REC.INF Endereço: RUA SÃO JOSÉ Número: 250 Complemento: CASA

Bairro: LOTTO PLANALTO Cidade: TORITAMA Estado: PE CEP: 55.125-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): (30) 9665-0454

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

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

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 - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

Bradesco (237) Itau (341)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2551 CONTA: 25731 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.

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) decorrente do acidente de trânsito, uma vez que **assinale 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.

Periclitativo 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 confirmação da existência e quantidade de sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que a contratação do Seguro DPVAT significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
11 JUL 2019
08 MAI 2019
Seguradora S/A
Av. São Barbosa, 113, Loja 5
Vila São José, Recife - PE CEP: 52.011-040

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Litado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado judicialmente Vivo 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

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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 259 do Código Penal.

Local e Data: TORITAMA PE 02/05/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Alex Pedro da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

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

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, 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.



Toritama, 28 de Janeiro de 2019.

Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 027/2019

Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima
Para: **ALEX PEDRO DA SILVA**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor(a) **ALEX PEDRO DA SILVA** deu entrada nesta unidade como consta na ficha de emergência sob o registro nº 3497-1, no dia 16/12/2018, foi atendido e em seguida sendo LIBERADO.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,




Mateus Tavares

Mateus Tavares
Coordenador de Unidade de Saúde



Registro: 3497-1	Hora: 19:34	Nome do Paciente: Alex Pedro da Silva	Sexo: M	Data de Entrada: 36-09-2018 - 0:34
Idade:	RG: 7535943	Órgão Emissor:	CPF:	Estado Civil:
Data de Nascimento: 31-05-1986	Naturalidade:			
Endereço: São José	Número:	Complemento:		
Cidade: Montama	Bairro: Independente	UF: PE	CEP: 55125-000	
SUS: 709708095600590	Profissão:			
Nome da Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA	Nome do Pai:			
Nome do Responsável:	Telefone:			

Dados da Classificação: (Enfermeiro) Horário:

PA: x	PULSO:	FR:	HGT:	PESO:	T (°C):
SpO ₂ ambiente:		SpO ₂ com O ₂ L/min:			
CLASSIFICAÇÃO: <input type="radio"/> VERMELHO <input type="radio"/> AMARELO <input type="radio"/> VERDE <input type="radio"/> AZUL					

Enfermeiro(s)
Assinatura/carimbo

HDA: Pts apresentando sinais cefálicos em calcâneo
O duna h acidente com mto

Hipertensão: () sim () não // Diabetes: () sim () não // APP:

EXAME GERAL: BEC, acedado, orientado
NEUROLÓGICO: } NDN.
ACV: }
AR: }
ABDOMEN: }
MEMBROS: membros cefálicos



Diagnóstico Provisório:

Alergias: () Sim () Não

Conduta: 1. Voltar a repouso com
2. Iniciar antitéticos
3. Iniciar a caminhada após 7 dias

Dr. Maurício Cabral
MÉDICO
CREMEPE 2340 CLÍNICO GERAL
(CRM)



Registro: 3497-1	Hora: 12:34	Nome do Paciente: Alex Pedro da Silva	Sexo: M	Data de Entrada: 31-05-2018 - 0:34
Idade:	RG: 7535943	Órgão Emissor:	CPF:	Estado Civil:
Data do Nascimento: 31-05-1986	Naturalidade:			
Endereço: São José	Número:	Complemento:		
Cidade: Unitama	Barro: Independente	UF: PE	CEP: 55125-000	
SUS: 709708095600590	Profissão:			
Nome da Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA	Nome do Pai:			
Nome do Responsável:	Telefone:			

Dados da Classificação (Enfermeiro) Horário:

PA	x	PULSO:	FR	HGT	PESO:	T (°C)
SpO ₂ ambiente:		SpO ₂ com O ₂ L/min:				
CLASSIFICAÇÃO: <input type="radio"/> VERMELHO <input type="radio"/> AMARELO <input type="radio"/> VERDE <input type="radio"/> AZUL						

Enfermeiro(a)
Assinatura/carimbo

HDA: *Leti aparente lesão catocotrus em calcâneo*
o dorso do pé e do tornozelo com inchaço

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DIPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
11 JUL 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lt. 5
Recife - PE

Hipertensão: () sim () não // Diabetes: () sim () não // APP:

EXAME GERAL:	<i>BEC acordado, orientado</i>
NEUROLÓGICO:	<i>NDN.</i>
ACV:	
AR:	
ABDOME:	
MEMBROS:	<i>lesão catocotrus</i>

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DIPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
08 MAI 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Lt. 5
Grande Recife - PE CEP: 51011-240

Diagnóstico Provisório:

Alergias () Sim () Não

Conduta:

- 1. Voltar a fazer com.*
- 2. Fazer catotermia.*
- 3. Limpeza e curativos após partos*

Dr. Maurício Cabral
MÉDICO
CREMEPE 25409 CLÍNICO GERAL
(CRM)





Setor Social do Serviço Público - Conta de Luz nº 10.438, de 2019/2019
 Companhia Saneamento de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 51030-000
 CNPJ nº 09.522.001/1-00 (Insc. Est. 0038841-02) www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 JOSÉ PAULINO DE ARAÚJO

ENDEREÇO DO USUÁRIO CONSUMIDOR
 RUA JOÃO JOSÉ, 222

CPF: 827.700.254-53

LOTUS PLANALTO/BOA VISTA
 TORITAMA/PE
 55.125-000

**CLASSIFICAÇÃO
 DE REGIÃO**
 RURAL/URBANA

7020988600 03/2019
 22/03/2019 12/04/2019
 78,54

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO
 10403301 UNICA 10403301
 10403301 UNICA 10403301

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	TOTAL
Consumo Aproximado	46,000000	1,7510124	80,24
Conta Rec. Fatura Mensal			2,16
Conta Substituição CDE-NF 640712045-14/1/19			2,40
Conta Substituição CDE-NF 640712045-14/1/19			0,08
Multa por atraso NF 640712045-14/1/19			1,83
Juros por atraso NF 640712045-14/1/19			0,79
TOTAL DA FATURA			78,54

SP 10	SP 15	SP 20	SP 25	SP 30	SP 35	SP 40	SP 45	SP 50	SP 55	SP 60	SP 65	SP 70	SP 75	SP 80	SP 85	SP 90	SP 95	SP 100
10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301

SP 10	SP 15	SP 20	SP 25	SP 30	SP 35	SP 40	SP 45	SP 50	SP 55	SP 60	SP 65	SP 70	SP 75	SP 80	SP 85	SP 90	SP 95	SP 100
10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DEPUT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 08 MAI 2019
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Graças - Recife/PE CEP: 52071-040

SP 10	SP 15	SP 20	SP 25	SP 30	SP 35	SP 40	SP 45	SP 50	SP 55	SP 60	SP 65	SP 70	SP 75	SP 80	SP 85	SP 90	SP 95	SP 100
10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301

SP 10	SP 15	SP 20	SP 25	SP 30	SP 35	SP 40	SP 45	SP 50	SP 55	SP 60	SP 65	SP 70	SP 75	SP 80	SP 85	SP 90	SP 95	SP 100
10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301	10403301

83870000000-178540011007-9 02098860010-7 13786325753-0
 78,54





Companhia Brasileira de Previdência
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 51011-000
 CNPJ 07.838.912/0001-43 | INSC. EST. 15.200.041-01 | www.celpe.com.br

SUA SAÚDE TEM O SEU CUIDADO COM A TERCIA DO MERCADO

CAROS DO DIANTE

ADRIANA MARIA ANDRE DE A. FERREIRA S.

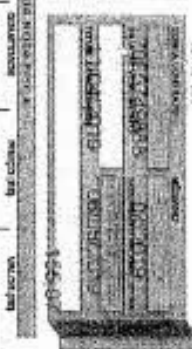
NEA JOAO BATISTA 110

CPF: 045.296.444-03

CENTRO-SURBIM

SI RESERVA
 RESERVA

02/09/2020 11:11:09 AM
 02/09/2020 11:11:09 AM



Operante Beneficiário
 Costa, Luan Paulo Augusto
 CNIS 546650-0-CE-AR/0000001-0001/00
 CNIS Beneficiário: 25-99-0002194860000

192.000.000,00 0,17289022 192.000,00
 24,76 0,01 0,01

TOTAL DATA

Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade
Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade
Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade
Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade

Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade
Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade
Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade
Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade

DEPARTAMENTO DE SWISTROS
 ZPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 09 MAI 2019
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Graças - Recife/PE TEL: 2011-0400

VÁLIDA EM TODOS OS ESTADOS NACIONAIS
 1219484604

ESTABELECIDOR JOÃO DE NEVES FERREIRA FERREIRA
 CPF: 019.049.400-11
 02/09/2020 11:11:09 AM
 02/09/2020 11:11:09 AM

1219484604

JOÃO DE NEVES FERREIRA FERREIRA
 CPF: 019.049.400-11
 02/09/2020 11:11:09 AM
 02/09/2020 11:11:09 AM





Centro Central de Energia Elétrica (CCEE) - Rua João de Barros, 715 - Loja 5 - Recife - PE
 Companhia Brasileira de Energia
 Av. João de Barros, 715 - Loja 5 - Recife - Pernambuco - CEP 51040-000
 CNPJ 04.888.020/0001-08 (Insc. Est. 0200043-04) | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 RUA DO SAC, 200 - RECIFE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA DO SAC, 200 - RECIFE

CPF: 027.500.254-53

LOTIFUNDALEITORIAIS
 SURTIBAALPE
 05.125-000

CLASSIFICAÇÃO
 RESIDENCIAL

7020988000 03/2019
 22/03/2019 12/04/2019
 78,54

PERÍODO	CLASS.	PERÍODO
04/2019	18024	12/2019
12/2019	200100043	01/2020

DESCRIÇÃO DA MORA PAGA

DESCRIÇÃO	VALOR DEB.	VALOR CRÉD.	SALDO CRÉD.
Conta de Energia	60.000.000	0,00	60.000,00
Conta de Água	0,00	0,00	0,00
Conta de Gás	0,00	0,00	0,00
Conta de TV	0,00	0,00	0,00
Conta de Telefone	0,00	0,00	0,00
Conta de Internet	0,00	0,00	0,00
Conta de Aluguel	0,00	0,00	0,00
Conta de IPTU	0,00	0,00	0,00
Conta de Condomínio	0,00	0,00	0,00
Conta de Outros	0,00	0,00	0,00
TOTAL DA FATURA	78,54		

DEMONSTRATIVO DE CONTAS DEBIDAS ÀS EMPRESAS

EMPRESA	DATA VENC.	VALOR DEB.	VALOR CRÉD.	SALDO DEB.
CELPE	03/2019	60.000,00	0,00	60.000,00
OUTROS		0,00	0,00	0,00
TOTAL		60.000,00	0,00	60.000,00

DEMONSTRATIVO DE CONTAS CREDITADAS ÀS EMPRESAS

EMPRESA	DATA VENC.	VALOR CRÉD.	VALOR DEB.	SALDO CRÉD.
CELPE	03/2019	0,00	0,00	0,00
OUTROS		0,00	0,00	0,00
TOTAL		0,00	0,00	0,00

INFORMAÇÕES GERAIS
 Este documento é uma cópia eletrônica da fatura emitida pelo sistema de automação de processos. Não possui validade jurídica. Para obter a versão original, consulte o site da empresa.

ATENÇÃO: O valor da fatura pode variar devido a alterações de tarifas ou de preços de mercado. Consulte o site da empresa para mais informações.

RESUMO DA FATURA

Valor da Fatura	78,54
Valor do Débito	78,54
Valor do Crédito	0,00
Total a Pagar	78,54

22/03/2019 78,54

8387000000-1 78540011007-9 02098880010-7 13788326753-0

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 11 JUL 2019
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 - Lt. 5
 Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 08 MAI 2019
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Recife - PE CEP: 51040-000





**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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/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, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 65 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALEX PEDRO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 067445534 / 67, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ALEX PEDRO DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 067445534 / 67 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar



Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>RUA JOÃO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
E-mail <u>AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(81) 9665-0454</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 8133-5022</u>

SURUBIM/PE, 02 de MAIO de 2019

Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALEX PEDRO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 067.445.574 / 67 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima ALEX PEDRO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 067.445.514 / 67 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER-DPVAT, residência e endereço atual anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

DEPARTAMENTO DE DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
11 JUL 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - U. 5
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO VERIFICADO
08 MAI 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - U. 5
Recife - PE

Endereço <u>RUA JOÃO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email <u>AFSEGUROS3994@YAHOO.COM.BR</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(31) 9665 0454</u>	Telefone celular (DDD) <u>(31) 8133-6022</u>

SURUBIM/PE, 02 de MAIO de 2019
Local e Data


Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JUNIOR Cezar Pereira da Silva
 RG nº 4063137, data de expedição 10/05/2002,
 Órgão SDE/PE, portador do CPF nº 068.208.274/07, com
 domicílio na cidade de TORITAMA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUa INDEPENDENTE, nº 5/4,
 complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima ALEX PEDRO DA SILVA, cujo o condutor era
ALEX PEDRO DA SILVA.
 Veículo: MOTOCICLETA HONDA.
 Modelo: NXR-150 BROS.
 Ano: 2010
 Placa: K6D-9839.
 Chassi: 9C2KD0510AR026149.
 Data do Acidente: 16.12.2018.
 Local e Data: TORITAMA (PE),



J. Junior Cezar Pereira da Silva
 Assinatura do Declarante

Alex Pedro da Silva

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do



CARTÓRIO ÚNICO TORITAMA-PE
 Rua do Comércio, 343 - Centro - Toritama-PE
 Av. de Moura Jesus - Fátima -
 Maria do Rosário da Silva Araújo
 1ª Substituta
 Helara Maria Cristina da Silva Araújo
 2ª Substituta
 COMARCA DE TORITAMA

TAB. DE NOTAS E PROTESTO E OFÍCIO DO REG. DE IMÓVEIS, TÍT. E DOC. E PESSOAS JURÍDICAS
 Rua de Manoel José Trares - Bairro de São José da Silva - Toritama - Pernambuco - CEP: 54400-000
 Fone: (51) 3741-0111 - Fax: (51) 3741-0112 - E-mail: (51) 3741-0113

Reconheço Por Autenticidade e firma de
 JUNIOR Cezar PEREIRA DA SILVA: 10/04/2019 e des. B. Em
 testemunha da verdade Substituta MARIA DO ROSARIO
 DA SILVA ARAUJO: Emol 1,54, TSNR 0,40, FERC 0,40 Total
 R\$4,79 Selc-0076752 CEF0328190102718/Consulte autenticidade
 em www.toritamape.com.br

Maria do Rosário da Silva Araújo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JUNIOR CEAR PEREIRA DA SILVA

RG nº 9063137, data de expedição 10 105 13002

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 068 208 274/07, com domicílio na cidade de TORITAMA, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA INDEPENDENTE, nº 5/4,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima ALEX PEDRO DA SILVA, cujo o condutor era

ALEX PEDRO DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA HONDA
Modelo: NXR-150 BROS
Ano: 2010
Placa: K6D-9839
Chassi: 9C2KD0510AR026149
Data do Acidente: 16.12.2018
Local e Data: TORITAMA (PE),



Júnior Cear Pereira da Silva
Assinatura do Declarante

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



CARTÓRIO ÚNICO TORITAMA-PE
Rua do Comércio, 343 - Centro - Toritama-PE
Rua do Moura Jesus
Toritama - PE
Maria do Rosário da Silva Araújo
1ª Substituta
Huziara Maria Cristina da Silva Araújo
2ª Substituta
COMARCA DE TORITAMA

TAB. DE NOTAS E PROTESTO E OFÍCIO DO REG. DE IMÓVELS, TÍT. E DOC. E REG. DE TRANS. DE PROPRIEDADES
Recebido Por Autenticidade e firma de JUNIOR CEAR PEREIRA DA SILVA 10/04/2019 e do Sr. Em representação de verdade, Substituta MARIA DO ROSARIO DA SILVA ARAUJO - Emol 3,31, TRNK 0,80, FERC 0,40 Total R\$ 4,51 Dele: 0076732-02/P00190102718 Consultar autenticidade em: www.tpe.jus.br/evalidação



Toritama, 28 de Janeiro de 2019.

Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 027/2019

Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima
Para: **ALEX PEDRO DA SILVA**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor(a) **ALEX PEDRO DA SILVA** deu entrada nesta unidade como consta na ficha de emergência sob o registro nº 3497-1, no dia 16/12/2018, foi atendido e em seguida sendo LIBERADO.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,




Mateus Tavares

Mateus Tavares
Coordenador de Unidade de Saúde



Registro: 3497-1	Hora: 19:34	Nome do Paciente: Alex Pedro da Silva	Sexo: M	Data de Entrada: 36-09-2018 09:34
Idade:	RG: 7535943	Orgão Emissor:	CPF:	Estado Civil:
Data de Nascimento: 31-05-1986	Naturalidade:			
Endereço: São José		Número:	Complemento:	
Cidade: Montama	Bairro: Independente	UF: PE	CEP: 55125-000	
SUS: 709708095600590		Profissão:		
Nome da Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA		Nome do Pai:		
Nome do Responsável:		Telefone:		

Dados da Classificação: (Enfermeiro) Horário:

PA: x	PULSO:	FR:	HGT:	PESO:	T (°C):
SpO ₂ ambiente:		SpO ₂ com O ₂ L/min:			
CLASSIFICAÇÃO: <input type="radio"/> VERMELHO <input type="radio"/> AMARELO <input type="radio"/> VERDE <input type="radio"/> AZUL					

Enfermeiro(a)
Assinatura/carimbo

HDA: Pts apresentando sinais cefálicos em calcâneo
O duna h acidente com mto

Hipertensão: () sim () não // Diabetes: () sim () não // APP:

EXAME GERAL: BEC, acedado, orientado
NEUROLÓGICO: } NDN.
ACV: }
AR: }
ABDOME: }
MEMBROS: membros cefálicos



Diagnóstico Provisório:

Alergias: () Sim () Não

Conduta: 1. Voltar a repouso com
2. Iniciar antitéticos
3. Iniciar a caminhada após 7 dias

Dr. Maurício Cabral
MÉDICO
CREMEPE 2340 CLÍNICO GERAL
(CRM)





HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

TORITAMA

PREFEITURA MUNICIPAL

RECEP
CI

Nome: Alex Barros de Silva
Luís Barros

Declaro, para fins de DAVAT, que
Alex Barros de Silva compareceu -to
em atendimento médico na UBS de
-to neste serviço devido à falha no
meu documento de identidade
de alguns meses. Apresento todo
material diagnóstico e terapêutico
(na consulta de hoje) e retorno em
atendimento em tempo hábil
durante meus atendimentos
cotidianos e consultas.

(Continua)

Data: / /

Assinatura

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
04 JUN. 2019



(CONTINUAÇÃO)

PORTANTO, SEGUNDO OS PRECEDENTES
PENSAMENTO LEGISLATIVO DA ANÁLISE
LEGISLATIVA POR UM PERÍODO MÍNIMO
DE NOVENA MAS A PARTIR DA
DATA ABILIS INICIAL.

cid-10. 582.5

Outras, 04 de Junho de 2019

ASSINADO ELETRONICAMENTE
04/06/2019



RECEITUÁRIO

NOME: Alex Romão da Silva

LAUDO MÉDICO

DECLARO, para fins do DPVAT, que
Alex Romão da Silva está em
recuperação médica em Belo Horizonte após
fratura de fêmur à altura do tornozelo
do membro inferior (antebra) decorrente
de acidente automobilístico ocorrido
em 16/12/2018. Presença notória de
motricidade em todo o membro com
leves esforços com mãos após aplicação
sempre à disposição em trabalho, portanto,
voluntário após para retorno ao
trabalho. CDS-10: 582.6

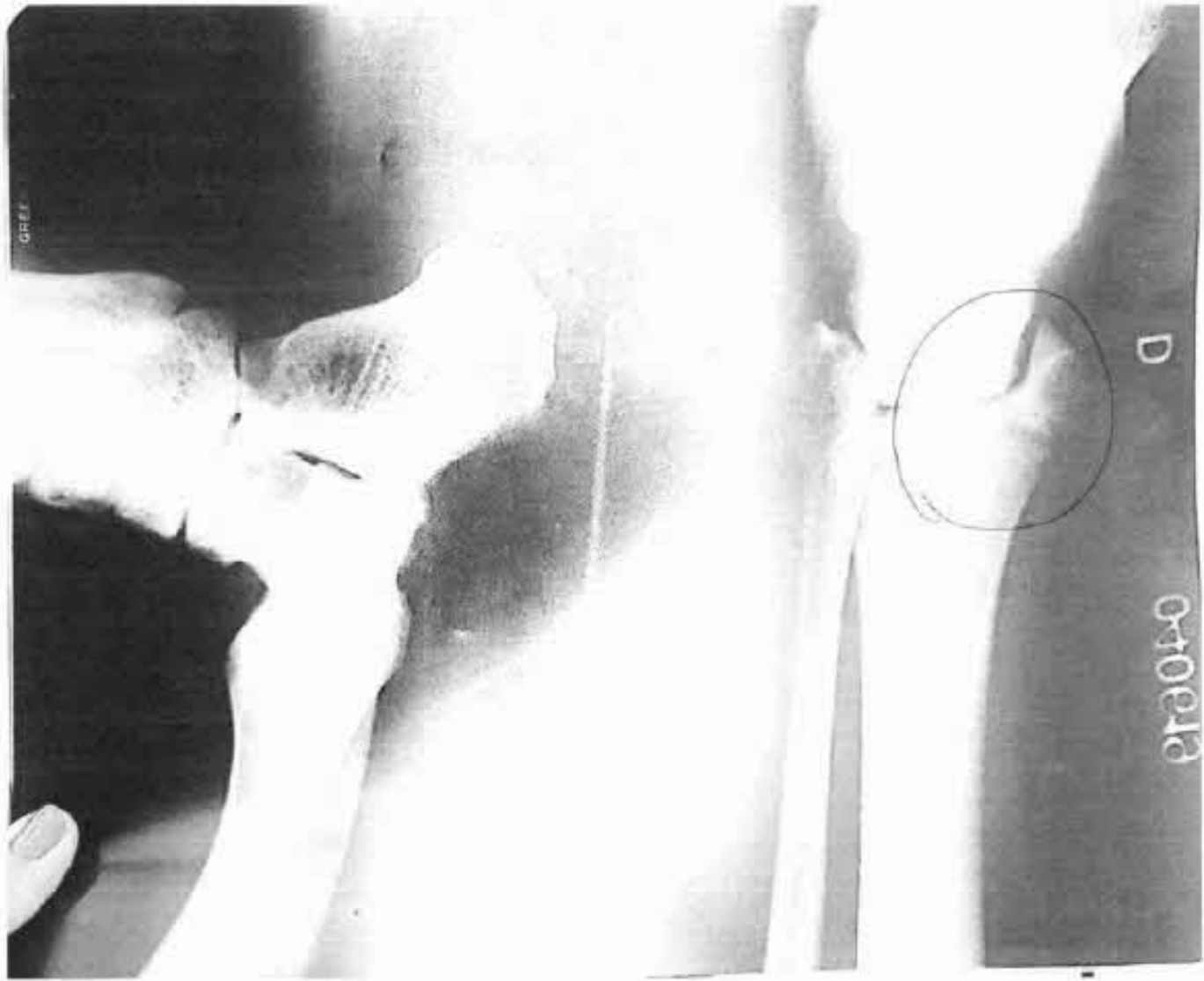
Tássia Jabosa
Ortopedista
CRM 57.196/2018

28 JUN 2019

ASS. E CARIMBO DO PROFISSIONAL







Scanned with CamScanner



RECEITUÁRIO

NOME: Alex Pormo da Silva

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

11 JUL 2019

Gesle Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - LJ 5
Recife - PE

LAUS LÍMBO

DECLARO, PARA FINS DO DPVAT, QUE
ALEX PORMO DA SILVA ESTA EM
EMPREGO COMO UM BOMBADEIRO NA
FABRIL DE CIMENTO A FUNDAÇÃO DO TORRETOUR
MUNICÍPIO DE ORITAMA (ANTIGA) GOVERNAMENTO
DO ESTADO DE PERNAMBUCO DEFUNTO
EM 16/12/2018. PRECISO NOTAR QUE
MORAVA EM FUMO FUMI COM
MUITOS ESPERANÇAS COM MEUS APÓS ANUNCIAR
SEMPRE O FUMI FUMI EM LUMINA PORTANTO
VOLUNTARIAMENTE ATUO PARA RETORNAR AO
TRABALHO CTS-10: 582.6

Tássio Tabosa
Ortopedista
CRM 11.196/2

28 JUN 2019

ASS. E CARIMBO DO PROFISSIONAL



Registro: 3497-1	Hora: 12:34	Nome do Paciente: Alex Pedro da Silva	Sexo: M	Data de Entrada: 30-09-2018 - 0.34
Idade: 7535943	RG: 7535943	Órgão Emissor:	CPF:	Estado Civil:
Data de Nascimento: 31-05-1986	Naturalidade:			
Endereço: São José		Número:	Complemento:	
Cidade: Orlândia	Barro: Independente	UF: PE	CEP: 55125-000	
SUS: 709708095600590	Profissão:			
Nome da Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA			Nome do Pai:	
Nome do Responsável:			Telefone:	

Dados da Classificação (Enfermeiro) Horário

PA	x	PULSO	FR	HGT	PESO	T (°C)
SpO ₂ ambiente		SpO ₂ com O ₂ L/min:				
CLASSIFICAÇÃO: <input type="radio"/> VERMELHO <input type="radio"/> AMARELO <input type="radio"/> VERDE <input type="radio"/> AZUL						

Enfermeiro(a)
Assinatura/carimbo

HDA: Paciente aparente ferido, catocabras e calculeto
D. durante acidente com motor

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
11 JUL 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Hipertensão: () sim () não // Diabetes: () sim () não // APP

EXAME GERAL:	BEC, acedado, orientado
NEUROLÓGICO:	NDN.
ACV:	
AR:	
ABDOME:	
MEMBROS:	limos catocabras

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 MAI 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Lj. 5
Grande Recife - PE CEP: 51011-040

Diagnóstico Provisório:

x Alergias: () Sim () Não

Conduta:

1. Voltar em casa com
2. Presc. analgésicos
3. Limpeza + curativos após feridas

Dr. Maurício Cabral
MÉDICO
CREMEPE 23.409 CLÍNICO GERAL
(CRM)



Toritama, 28 de Janeiro de 2019.

Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 027/2019

Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Para: **ALEX PEDRO DA SILVA**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor(a) **ALEX PEDRO DA SILVA** deu entrada nesta unidade como consta na ficha de emergência sob o registro nº 3497-1, no dia 16/12/2018, foi atendido e em seguida sendo **LIBERADO**.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,




Mateus Tavares
Mateus Tavares
Coordenador de Unidade de Saúde



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO CIVIL

01R

7 535 943

07/04/2004

ALEX PEDRO DA SILVA

MARIA DE CONCEIÇÃO DA SILVA

TORITAMA

31/05/1986

(31 7033) L. A. 7. P. 171V. CANT. TORITAMA. PE. 01. 11. 1989

CARTERA DE IDENTIDADE

11 95075

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

067.445.574-67

Nome

ALEX PEDRO DA SILVA

Nascimento

31/05/1986

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

29CE.8FF0.CCC8.1CEA

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

em 15/07/2019 às 15:17 (hora de Brasília)

Illegível verificar: 00

DEPARTAMENTO DE SIBISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2019

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Bar

Graciosa - Pernambuco





Companhia Brasileira de Cartões de Crédito
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 51010-000
 CNPJ 07.838.912/0001-43 | IRRF: INE 020004107 | www.celpe.com.br

SUA SAÚDE TEM O SEU CARIÓTIPO PARA LUTAR CONTRA O CANCER

CAROS DO DIANTE

RECONHECIDA PELA AGENCIA DE APROVAÇÃO DE

RELA JOAO BATISTA 110

CPF DAS 284.444.111

CENTRO-SUL
 SINCRODO

SI RESERVA
 RESERVA

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO

Operante: Benjamim
 Costa, Rua Pedro Manoel
 Costa, s/n, Centro, Recife, PE
 CNPJ: 07.838.912/0001-43

172.000.000
 0.172.000.000
 120,00
 2,16
 0,01
 0,01

TOTAL DATA

Ativo	Passivo	Ativo	Passivo	Ativo	Passivo	Ativo	Passivo
Capital	Reserva	Capital	Reserva	Capital	Reserva	Capital	Reserva
100	100	100	100	100	100	100	100

Ativo	Passivo	Ativo	Passivo	Ativo	Passivo	Ativo	Passivo
100	100	100	100	100	100	100	100

Ativo	Passivo	Ativo	Passivo	Ativo	Passivo	Ativo	Passivo
100	100	100	100	100	100	100	100

DEPARTAMENTO DE SWISTROS
 ZPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 09 MAI 2019
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Graças - Recife/PE TEL: 2011-040

VÁLIDA EM TODOS OS ESTADOS NACIONAIS
 1219484604



ESTABELECIDOR: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
 ENDEREÇO: RUA PEDRO MANOEL COSTA, S/N, CENTRO, RECIFE, PE
 CNPJ: 07.838.912/0001-43
 DATA DE EMISSÃO: 28/09/2016

1219484604

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
 DATA: 02/09/2020 16:19:28



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO **01R**

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO

ALEX PEDRO DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

7.535.943 DATA DE EMISSÃO: 07/04/2004

ALEX PEDRO DA SILVA

MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA

ORITAMA PE 31/05/1986

ON 1936 LA-Z-F-17 TV CART. IORITAMA PE 01.11.1989

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
067.445.574-67

Nome
ALEX PEDRO DA SILVA

Nascimento
31/05/1986

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
29CE.8FF0.CCC8.1CEA

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 15:12:18 do dia 21/01/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE





celpe
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. Joo de Barros, 11, Vila Vitor, Recife - Pernambuco - CEP: 50050-000
 DDD: (81) 3222-1111 Fax: (81) 3222-1111 www.celpe.com.br

BANCO DO CLIENTE

ALIANÇA MÁGICA ENERGIA E REPARAÇÕES

CPF: 045.034.844/04

CLASSIFICAÇÃO

R: RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

ENDEREÇO DA UNIDADE OBRIGATORIA

AV. Joo de Barros, 11, Vila Vitor, Recife - Pernambuco - CEP: 50050-000

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

AV. Joo de Barros, 11, Vila Vitor, Recife - Pernambuco - CEP: 50050-000

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

08 MAI 2019
 DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DEPARTAMENTO DE SINISTROS

INSTITUTO NACIONAL DE METEOROLOGIA - INMET
 DEPARTAMENTO DE METEOROLOGIA - DEPARTAMENTO DE METEOROLOGIA
 AV. Joo de Barros, 11, Vila Vitor, Recife - Pernambuco - CEP: 50050-000

RENATO JOSE DE ALMEIDA FERREIRA
 CPF: 025.025.025-025
 RG: 025.025.025-025
 DATA DE EMISSÃO: 02/09/2020

RENATO JOSE DE ALMEIDA FERREIRA
 CPF: 025.025.025-025
 RG: 025.025.025-025
 DATA DE EMISSÃO: 02/09/2020

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DEPARTAMENTO DE SINISTROS

RENATO JOSE DE ALMEIDA FERREIRA
 CPF: 025.025.025-025
 RG: 025.025.025-025
 DATA DE EMISSÃO: 02/09/2020

RENATO JOSE DE ALMEIDA FERREIRA
 CPF: 025.025.025-025
 RG: 025.025.025-025
 DATA DE EMISSÃO: 02/09/2020

08 MAI 2019
 DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DEPARTAMENTO DE SINISTROS

RENATO JOSE DE ALMEIDA FERREIRA
 CPF: 025.025.025-025
 RG: 025.025.025-025
 DATA DE EMISSÃO: 02/09/2020

RENATO JOSE DE ALMEIDA FERREIRA
 CPF: 025.025.025-025
 RG: 025.025.025-025
 DATA DE EMISSÃO: 02/09/2020



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013816378578

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO Nº 2093866000

VA 1 227032458 *****

NOME/ENDREZ
JUNIOR CEARAS PEREIRA DA SILVA
RUA S. JOSÉ 155
INDEPENDÊNCIA
TORITAMA - PE 55125-000

OP. Nº 003.203.273-01 TAGA RGD8832

NOME/NOME FANTASIA
MALLYSSON KLEBER MINTE DA SILVA

PLACA Nº ***** 902K00510AR026149

ESPECÍFICO: PRM MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL: ALCO/GASO

MARCA/MODELO: HONDA/NXR150BROS MIX ESD ANO/FABR./ANOMOD: 2010/2010

CAR. TOTAL: 28/148CM CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: VERMELHA

20104369 OBSERVAÇÃO: 32M RESERVA

[Assinatura]

TORITAMA - PE 02/05/20

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEPAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rio Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PE Nº 013816378578

05300956090

CERTIFICAÇÃO DE REGISTRO DE VEÍCULO

1	227030434	*****
NOME DO DETENTOR		
JUNIOR CEZAR PEREIRA DA SILVA		
RUA S JOSE 235		
INDEPENDENTE		
TORITAMA-PE 55125-000		
088.206.274-05		PLACA KGD9832
NOME DO PROPRIETÁRIO		
WALLYSON KLEBER MANDE DA SILVA		
PLACA ANTE	CLASS	
*****	9CZEDUS10AR026142	
ESPÉCIE		COMBUSTÍVEL
P33 /MOTOCICLETA		ALCO/GASO
MARCA/MODELO		
HONDA/MXR150BROS MIX ESD		ANO FAB - ANO MOD
		2010 / 2010
CAP. POT. (CV)	CATEGORIA	COR PREC/ANTE
22 / 149CL	PARTIC	VERMELHA
20124369	OBSERVAÇÕES	
SEM RESERVA		
 EM LOCA 30/06/16		
PORTAMA-PE	DATA	
	02/08/16	
Charles Andrews Sousa Ribeiro		
Diretor Presidente DETRAN/PE		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 11 JUL 2019
 Gente Seguradora S/A.
 Av. Rui Barbosa, 715 - U. 5
 Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 09 MAI 2019
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Grupos - Recife/PE CEP: 52011-000



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Alex Pedro DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 16/12/2018 CPF DA VITIMA 067.445.524-62
 PORTADOR DO DOCUMENTO EDUARDO JOSÉ DE A. FERREIRA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL (CUJO PARANTE A VITIMA É _____)
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua São Batista
 Nº 330 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO
 CIDADE SUBURBIM UF PE CEP 55150-000
 E-MAIL MF3EGV@GMAIL.COM TELEFONE (R) 9666-0451

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTENDO NÃO VERIFICAÇÃO

08 MAI 2019

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia autenticada e legível)
- Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou carteira nacional de habilitação (cópia simples e legível)
- Laudo do médico assistente informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o diagnóstico realizado (cópia simples e legível)
- Comprovantes jurídicos e legais das despesas médicas hospitalares, químicas e farmacêuticas (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (cópia simples e legível)
- Comprovante de existência em nome da vítima (cópia simples e legível) ou declaração de residência (original)
- Autorização de pagamento / crédito de indenização da vítima (original), com documentos que comprovem os dados bancários, tais como cópia de folha de cheque ou cartão bancário

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- Carteira de identidade do representante legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou carteira nacional de habilitação (cópia simples e legível)
 - CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
 - Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível) ou declaração de residência (original)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 11.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE VALORES PRESTADA NA LEI Nº 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (FARMÁCEUTICAS, HOSPITALARES, QUÍMICAS, FISIOTERÁPIA, TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA, ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 90 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PRÉDIO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODOCTANISTRO.COM.BR OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- Carteira de identidade do representante legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou carteira nacional de habilitação (cópia simples e legível)
 - CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
 - Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível) ou declaração de residência (original)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
 IDENTIDADE 309205335018
 ASSINATURA Antonio YVES Cordeiro de Mello Junior

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190312430

Cidade: Toritama

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ALEX PEDRO DA SILVA

Data do acidente: 16/12/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DE PÉ DIREITO. (P2)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem seqüela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: ALEX PEDRO DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 7.535.943 SDS/PE CPF:067.445.574-67
DATA DO ACIDENTE: 16/12/2018
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: ALEX PEDRO DA SILVA
ENDEREÇO: RUA SÃO JOSE, 255, PLANALTO, TORITAMA-PE

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSA INFORMAR
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.



TORITAMA-PE 31 DE JANEIRO 2019.



Alex Pedro da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

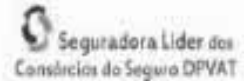
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DE PESSOAS NATURAS E TABELIONATO DISTRICTAL DE PAO DE MORTES PE
RUA MARTINIANO DE QUEIROZ
DISTRITO DE JARDIM DA URSULA
RECIFE - PE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0154167/19
Vítima: ALEX PEDRO DA SILVA
CPF: 067.445.574-67
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/12/2018
CPF de: Próprio
Titular do CPF: ALEX PEDRO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

ALEX PEDRO DA SILVA : 067.445.574-67

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221.204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/05/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

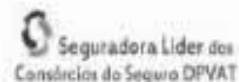
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/05/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0091216/20
Vítima: ALEX PEDRO DA SILVA
CPF: 067.445.574-67
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/12/2018
CPF de: Próprio
Titular do CPF: ALEX PEDRO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

ALEX PEDRO DA SILVA : 067.445.574-67

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: 12/03/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

