



Número: **0025221-50.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Amaraji**

Última distribuição : **05/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE CARLOS DA SILVA (AUTOR)		maria dulce de carvalho freire (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68309337	21/09/2020 16:56	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190175875 **Cidade:** Amaraji **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA **Data do acidente:** 13/04/2016 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA
FRATURA DE 04 ARCOS COSTAIS A ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO TRAUMATOLÓGICO EMITIDO PELA POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO DATADO EM 13/04/2016, ASSINADO PELO MÉDICO PERITO DR. RAFAEL DUQUE CRM-PE 17849. RESPOSTA AO QUESITO 04 - NÃO

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





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, 11 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190175875

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 13/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CARLOS 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 14036567





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, 12 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190175875

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 13/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE CARLOS 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 sequela 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. 00261/00262 - carta_04 - INVALIDEZ

00060131



Carta nº 14044815





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

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

Nº do sinistro ou ASL: 3160 389641 CPF da vítima: 021627 294-74 Nome completo da vítima: José Carlos da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: José Carlos da Silva CPF: 021627 294-74
Profissão: Agricultor Endereço: Rua João Alexandre Número: 587 Complemento: Casa
Bairro: Vila Demora Cidade: Amajari Estado: PE CEP: 55515-000
E-mail: dulcifer185@hotmail.com Tel. (DDD): 81-99652-2720

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

RENDAMENTO 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: Banco do Brasil

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)AGÊNCIA: 1358 7 CONTA: 029692 9
(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.

RECEBIDO

19, FEV 2019

Seguradora Líder DPVAT

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 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: Maria Cristina de Carvalho Silva
CPF: 254 42091-34
Assinatura2ª | Nome: Maria Dulce de Carvalho Freire
CPF: 054 132 374-26
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 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

**Proposta/Contrato de abertura de conta-corrente,
conta-poupança ouro e/ou produtos**

Pessoa física

Contratado: Banco do Brasil S.A., com sede em Brasília, Distrito Federal, por sua agência, 1358-7 - AMARAJI /PE, inscrita no CNPJ nº 00.000.000/3077-50.

Proponente/Contratante 1: JOSE CARLOS DA SILVA, inscrito(a) no CPF sob o n.º 021.627.294-74, Capaz, sexo Masculino, BRASILEIRO(A), natural de AMARAJI/PE, nascido(a) em 30/11/1961, filho(a) de MANOEL CAVALCANTI DA SILVA e ETELVINA MARIA DA SILVA, portador(a) do(a) CARTEIRA DE IDENTIDADE n.º 2131789, emitido(a) em 11/03/2005, pelo(a) SDS/PE, TRABALHADOR INFORMAL, endereço residencial: RUA JOAO ALEXANDRE 587 CASA, VILA TEIMOSA, AMARAJI, PE, CEP 55.515-000, telefone(s) (81)99652-2720, CASADO (A)-COMUNHAO PARCIAL com EDNA MARIA SILVA, CPF n.º 059.524.874-83.

Dados da conta

Agência 1358-7, conta-corrente n.º 029.692-9 e poupança ouro n.º 610.029.692, Individual, Solidária, aberta em 25/05/2016

Crédito	Serviço SMS	Pacote de serviços
Adesão a CDC SIM	Adesão SIM	Adesão SIM
		Modalidade CESTA BANCO POSTAL

Cartão de crédito

Adesão SIM	Cartão de crédito - Modalidade Ourocard sem programa de relacionamento -	Dia vencimento da fatura - débito em conta-corrente 05
---------------	---	--

CLÁUSULA 1ª - Pela presente **Proposta/Contrato** o **Proponente/Contratante** declara aderir expressamente, estar ciente e de pleno acordo com as disposições contidas nas respectivas CLÁUSULAS GERAIS DO CONTRATO DE CONTA-CORRENTE E CONTA DE POUPANÇA OURO E/OU POUPANÇA POUPEX; CLÁUSULAS GERAIS DO CONTRATO DE ABERTURA DE CRÉDITO ROTATIVO - CDC AUTOMÁTICO e CLÁUSULAS GERAIS DO CONTRATO DE EMISSÃO E UTILIZAÇÃO DOS CARTÕES BANCO DO BRASIL S.A. - PESSOAS FÍSICAS - CORRENTISTAS E NÃO CORRENTISTAS, todos registrados no Cartório do 1º Ofício de Títulos e Documentos da cidade de Brasília (DF), cujas cópias recebe no ato da assinatura deste instrumento.

CLÁUSULA 2ª - O Proponente/Contratante declara-se ciente de que, a qualquer momento, poderá cancelar o pacote de serviços já contratado ou aderir a outro pacote, dentre aqueles disponibilizados pelo Banco do Brasil S.A., mediante assinatura de novo Termo de Adesão a Pacote de Serviços de Conta de Depósitos - Pessoa Física.

Parágrafo único - O Proponente/Contratante declara estar ciente de que, no caso de cancelamento e não adesão a outro pacote de serviços: a) poderá utilizar serviços e tarifas individualizadas; b) fará jus sem ônus aos SERVIÇOS ESSENCIAIS (gratuitos), estando sujeito à cobrança, de acordo com a tabela de tarifas divulgada pelo Banco do Brasil S.A., pelos serviços avulsos utilizados que ultrapassarem as quantidades tidas como SERVIÇOS ESSENCIAIS ou que não sejam considerados SERVIÇOS ESSENCIAIS.

CLÁUSULA 3ª - O Proponente/Contratante declara estar ciente que caso solicite cartão de débito para a movimentação da conta-corrente e conta poupança, autoriza expressamente a emissão de cartão múltiplo, com as funções débito e bancária liberadas para uso e com a função crédito bloqueada ao qual, a seu exclusivo critério, a qualquer tempo e mediante solicitação formal, poderá autorizar o Banco do Brasil S.A. a habilitar a função crédito do cartão ou emitir novo(s) cartão(ões) com a função crédito, sujeito(s) a análise de crédito.

CLÁUSULA 4ª - O Proponente/Contratante autoriza, expressamente e desde já, a emissão do cartão solicitado com a Bandeira estabelecida para o respectivo cartão, respeitado o acordo vigente do Banco do Brasil S.A. com a Bandeira, cuja fatura terá como forma de pagamento, no caso de ser solicitado o cartão na função crédito, o débito em sua conta-corrente.

Via 1: Banco do Brasil
Via 2: Cliente
Via 3: Banco Postal

Assinatura: Cliente

Assinatura: Banco do Brasil

Assinatura: Banco do Brasil

160.001-6 - Fev/2015 - SISBB 15044 - bb.com.br - Central de Atendimento BR 404 0001 (Capitais) e 0800 729 0001 (Demais localidades) - ccs

Pág. 1

NB : 615.789.209-2 Nome Recebedor: JOSE CARLOS DA SILVA Especie: 31

OL Emissor : 15021160 DT Solic : 18/11/2016 Seq Solic: 9987
Motivo Solic : 76 DT Valid : 18/11/2016 HR Val : 18:29:31
Matric Solic : 99999999 DT Lim Val : 16/02/2017 Matr Val : 01376328
Origem Solic : S.CENTRAL DT Ret Pris : 21/11/2016 Grau Pend: AGENCIA/UNI
Motivo Pend : 066 Sit PAB : AUTORIZADO

Orgao Pagador : 034899 Período do cred. : 13/09/2016 a 30/09/2016
Valor Liquido : 369,60 Validade do cred. : 24/11/2016 a 31/01/2017
Valor Ajustado pelo SUB: NAO DT Envio Banco : 21/11/2016
Seq. Registro : 0003365

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
101	528,00				
203	158,40				
336	528,00				
912	158,40				

Help (S/N): N

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3

BPSAFE
45520647
CONTA 87 87 38-7



CARTÓRIO DE REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS, PROTESTO E NOTAS
Rua 13 de maio, 13 - Amaraí - PE - Fone: (81) 9994-9532

Autentico, para os devidos efeitos, a presente cópia.....
reprográfica do documento que me foi apresentado em.....
Cartório, Dou fe. Amaraí, 27/05/2016.....
Em testemunho..... da verdade.....
VANIA LUCIA DA SILVA - TABELA EM EXERCÍCIO.....
TOTAL: 3,72 - Selo(s): 0074740.HLG12201501.03544.....
Consulte autenticidade: www.tjpe.jus.br/selodigital.....



Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 06ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAÍ - DP66CIRC
DINTER1/12º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0156000475

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/05/2016 às 15:36

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 13/4/2016 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE AMARAÍ, 01, LADEIRA CAMARÃO, PE/1. Bairro: CENTRO - AMARAÍ/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
EDNA MARIA SILVA (NOTICIANTE)
NADO DE MARIO (TESTEMUNHA)
JOSE CARLOS DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros-motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE CARLOS DA SILVA

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

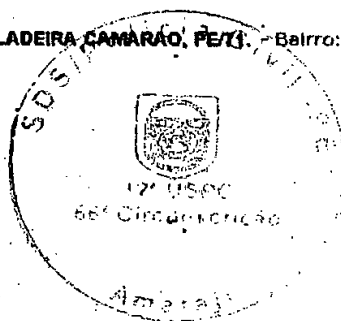
JOSE CARLOS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ETELVINA MARIA DA SILVA Pai: MANOEL CAVALCANTI DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1981 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2131789/SSP/PE (RG). 02162729474 (CPF). 01033110590 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: 997156085

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE AMARAÍ, 01, BAIRRO CENTRO, RUA JOAO ALEXANDRE, N°687 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AMARAÍ/PERNAMBUCO/BRASIL

EDNA MARIA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: ELISETE AMARA SILVA Pai: AMARO ESTEVAO DA SILVA Data de Nascimento: 18/12/1969 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4746543/SSP/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: MUNICIPIO DE AMARAÍ, 01, BAIRRO CENTRO, RUA JOAO ALEXANDRE, N°687 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AMARAÍ/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Endereço Residencial: MUNICIPIO DE AMARAÍ, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AMARAÍ/PERNAMBUCO /BRASIL

NADO DE MARIO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: ANASADO(A) Escolaridade: DESCONHECIDO Profissão: AGRICULTOR(A)



11:35 02/06/2016 194498 SERACORA LIBER 2PM 4



Boletim de Ocorrência

file:///c:/documents and settings/policia civil/infopol/xml/BOEPrev..

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)**AUTOMOVELO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE CARLOS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a):**JOSE CARLOS DA SILVA**Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELO/VW/GOL** Objeto apreendido: **Não**Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **KMB0089** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **743025342**Ano Fabricação/Modelo: **2000/2000****MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):**DESCONHECIDO**Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)****Complemento / Observação**

ALEGA A SRA EDNA QUE SEU ESPOSO SOFREU O ACIDENTE NO MOMENTO EM QUE VINHA DO SÍTIO PARA O CENTRO DESTA CIDADE; QUE A VÍTIMA VINHA NA CURVA E A MOTOCICLETA TERIA ATRAVESSADO À FRENTE DO VEÍCULO; QUE NADO DE MARIO TERIA COLOCADO ELE, VÍTIMA, NA PISTA E QUE A AMBULÂNCIA DO HOSPITAL ALICE BATISTA ESTARIA PASSANDO NO MOMENTO E QUE ELE, VÍTIMA, FOI SOCORRIDO. QUE O MOTOCICLISTA NADA SOFREU E QUE FOI EMBORA DO LOCAL, NÃO SABENDO A VÍTIMA DETALHES SOBRE ESTE. QUE SEU VEÍCULO FICOU AVARIADO NA PARTE DA FRENTE E NO TETO, POIS O MOTOCICLISTA AO COLIDIR FOI PARA CIMA DESTA, QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL ALICE BATISTA E DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA CIDADE DE CARUARU.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial*Edna maria Silva***EDNA MARIA SILVA**
(NOTICIANTE)**B.O. registrado por: CLEYTON JOSE DE LIMA E SILVA - Matrícula: 2869122**

CARTÓRIO DE REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS, PROTESTO E NOTAS
Rua 13 de maio, 13 - Amaraji - PE - Fone: (81) 9994-9532
Autentico, para os devidos efeitos, a presente cópia.....
reprográfica do documento que me foi apresentado em.....
Cartório, Dou fe. Amaraji, 27/05/2016.....
Em testemunho - da verdade.....
VANIA LUCIA DA SILVA - TABELIA EM EXERCÍCIO.....
TOTAL: R\$ 7,22 - Selo(s): 0074740.RMG12201501.03545.....
Consulte autenticidade: www.tjpe.jus.br/selodigital.....

11:35 02/06/2016 194499 558680004 LIDER DPJMT 4



Certidão
Amara-ji



Certidão de casamento

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

MUNICÍPIO DE AMARAJO

COMARCA DE AMARAJO

CERTIDÃO DE CASAMENTO

JOSELIA SOUSA ARRUDA CAVALCANTI, Oficial do Registro Civil em virtude da Lei, etc...

CERTIFICO por me ser pedido, que no livro nº 03 B. do registro de casamentos, em meu poder e cartório d folhas 51, sob o n.º 423 consta o termo de casamento, realizado neste distrito em 22 de Dezembro de 1988, de Jose Paulo da Silva com dona Titeliana Maria da Silva ele, contraente nascido em Amara-ji Pernambuco na data 10 de Novembro de 1961 filho de Luiz Carlos Cavalcanti da Silva e Titeliana Maria da Silva ela, contraente nascida em Amara-ji Pernambuco na data 16 de Dezembro de 1964 filha de Antônio Eulálio da Silva e Leide Conceição da Silva a nubente após o casamento passou a usar o nome de Titeliana Maria da Silva o mesmo nome.

Foram testemunhas: Antônio Eulálio da Silva e Maria da Conceição da Silva

Observações: Cópia da certidão de nascimento da Titeliana Maria da Silva

2.ª cópia da certidão de nascimento da Titeliana Maria da Silva
1988 REGISTRO CIVIL
Cartório de Registro Civil
Reconheço a(s) firma(s) e o teor do
Jose Paulo da Silva
Titeliana Maria da Silva
Amara-ji, 22 de Dezembro de 1988

O referido é verdade do que dou fé.

Amara-ji, 22 de Dezembro de 1988

Jose Maria Cavalcanti
OFICIAL DO REGISTRO CIVIL

Jose Maria Cavalcanti
Cartório
Amara-ji Pernambuco

Cartório
Amara-ji Pernambuco





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Declaracao da Inexistencia de IML

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

Nº do sinistro ou ASL: 3160 389641 CPF da vítima: 021627 294-74 Nome completo da vítima: José Carlos da Silva

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

Nome completo: José Carlos da Silva CPF: 021627 294-74

Profissão: Agricultor Endereço: Rua João Alexandrino Número: 587 Complemento: Casa

Bairro: Vila Teimosa Cidade: Amaraji Estado: PE CEP: 55515-000

E-mail: dulceferriz85@hotmail.com Tel.(DDD): 81-99652-2720

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$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: Banco do Brasil

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1358 7 CONTA: 029692 9

(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 dias, a contar da data 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) ☐ 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 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.

Assinatura do representante legal (se houver)

Local e Data:

Nome:

CPF:

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Deseza Cristina de Carvalho e Silva

CPF: 021627 294-74

Assinatura

2ª Nome: Maria Inês de Carvalho Freni

CPF: 054 732 374-36

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 inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

.001 V001/2018

Nota Fiscal - Fatura - Conta de Energia Elétrica

DADOS DO CLIENTE
EDNA MARIA CIA. SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOAO ALEXANDRE 597

CPF 059 524 674-83 NIS 16027757058
CLASSIFICAÇÃO

VILA TEIMOSAVAMARAJI
AMARAJI FE
55515-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EXEMPLAR
048774999	UNICA	20/01/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
20/01/2018	2010571389	162437

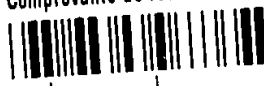
CORTA CONTRATO	RESUMO
7002182959	01/2019
DATA DE VENCIMENTO	DADO PREVISÃO PROXIMA LETURA
05/02/2019	28/02/2019

-29.83

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Contrib. Ilum. Pública Municipal

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,000000	0,1848318	5,42
56,000000	0,31010280	17,36
		7,05

Comprovante de residencia



TOTAL DA FATURA

29,83

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOVA FISC.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	AJUSTE	CONSUMO (MWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			
MOB8725	CAT	28-12-2018	28 027,00	28-01-2019	26 593,00	31	1,00330	86,00

MÊS		COMPRAS			COMPRAS DO CONSUMIDOR	
Mês/ano		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO		
JAN 18	85				Consumo de Gasolina	R\$ 10,40 45,22%
FEV 18	79				Transportes e Logística	R\$ 1,52 6,47%
MAI 18	81				Distribuição de Energia Elétrica	R\$ 2,12 9,25%
NOV 18	81				Parafusos e Ferragens	R\$ 2,24 8,83%
OUT 18	89				Energia Elétrica para iluminação	R\$ 1,23 4,52%
SET 18	74				Energia Elétrica para iluminação	R\$ 0,57 2,52%
AGO 18	82				Total	R\$ 22,78 100%
JUL 18	89					
JUN 18	79					
MAR 18	81					
FEV 18	102					
MAI 18	83					
FEV 18	82					
JAN 18	78					

3E-OF C02B C33B 51ER 6555 D533 1ABE 4883

INFORMACOES IMPORTANTES

[illegible]

As Consultas são realizadas de
segunda a sexta (08h às 18h).
414 (011) 3111-1111, carter, produtos,
serviços prestados e tributos de
encomenda e despacho, para
consultas, em todas as unidades de
atendimento e no site
www.celpe.com.br

	CONCRETO	VALOR APROVADO	LIMITE TERMINAL	LIMITE TECNICAL	LIMITE ANUAL
	JOSE MARIANO	1000000			
CCC		0.00	0.47	12.94	25.85
FGC		0.00	3.48	6.87	12.85
DAGC		0.00	3.00	0.00	3.00

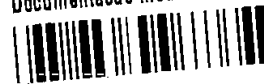
PLSD - Versão do Esquema de Uso do Sistema de Detração do RJ 11, 2012





HOSPITAL ALICE BATISTA DOS ANJOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Documentação médico-hospitalar



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

DATA: 13 / 04 / 16

Nº 011-297

NOME: Yosi' Eslo da Silva FESQ: SEXO: M IDADE: 53
DIA: 30-11-61 MÃE: Elizabeth Maria da Silva
FILHO: R. Yosi Alexandre
PROFISSÃO: CIDADANIA: Nacionalidade: Brasileira
RESPONSÁVEL: A esposa Edna
QUEDA PRINCIPAL:
ACIDENTE / HORA: TEMPERATURA: PA: HORA DO ATEND.: 11:00

DIAGNÓSTICO:
ATENDIMENTO MÉDICO / EXAME CLÍNICO
Pele resfriada de todo o corpo
e cheiro de urina e suor.

DESCRIÇÃO DOS MEDICAMENTOS / ASSISTÊNCIA:

Sol. Rx de Tave e MSF.
Dolofan - 100mg.

Dr. RAFAEL DUQUE
Médico
CRM-PE 17849

Encaminhe ao H. R. de Agreste.

Dr. RAFAEL DUQUE
Médico
CRM-PE 17849

TÉCNICO DE ENF: ENFERMEIRO (a):

ASSINATURA MÉDICA

11:35 02/06/2016 19:4505 SERRA D'ÁZUL 4





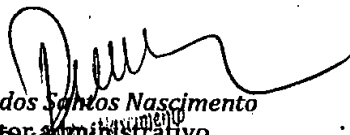
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE AMARAJI
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE

HOSPITAL ALICE BATISTA DOS ANJOS

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito e comprovação que em 13/04/2016 deu entrada neste serviço para fins de atendimento medico após acidente automobilístico o senhor José Carlos da Silva, sendo atendido e em seguida encaminhado ao Hospital Regional do Agreste para avaliação e conduta do ortopedista. Segue cópias do atendimento, registro Nº011.297/2016.

Amaraji, 06 de Maio de 2016.


Ronaldo dos Santos Nascimento
Diretor Administrativo
Portaria nº 029/2009

11:35 02/06/2016 194504 SECRETARIA: LIDER DEPART 4

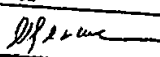
O Futuro é Agora

Rua Francisco Teixeira, 01 - Centro - Amaraji/PE - CEP 55515-000 - Fone: 81-35531113 - CNPJ 11.607.836/0001-75 - email: secsaudeamaraji@gmail.com.br



Documentos de identificacao



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
	NOME JOSE CARLOS DA SILVA
	DOC. EMISSOR / ORG. EMISSOR / UF 2131789 SSP PE
	CPF 021.627.294-74
	DATA NASCIMENTO 30/11/1961
	FUNÇÃO MANOEL CAVALCANTI DA SILVA SYLVINA MARIA DA SILVA
PRIMEIRO 01033110590	VALIDEZ 14/01/2020
	1ª HABILITAÇÃO 06/01/2000
OBSERVAÇÕES sem observações	
 ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL GRAVATA - PE	DATA EMISSÃO 15/01/2015
 ASSINATURA DO EMISSOR	
88764880416 PEO64048373 DETRAN - PERNAMBUCO	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES AVELAR

00011

00011

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

2.131.789

DATA DE EMISSÃO 11/03/2005

NOME << JOSÉ CARLOS DA SILVA >>

FILIAÇÃO << MANOEL CAVALCANTI DA SILVA >>

<< ETELVINA MARIA DA SILVA >>

NATURALIDADE AMARAJO - PE

DATA DE NASCIMENTO 30/11/1961

DOC. ORIGIN. << CC 723 L 036 F 51 CART. AMARAJO-PE 22.12.1997 >>

CPF

LEI Nº 7.116 DE 20/09/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: JOSÉ CARLOS DA SILVA

Nº de Inscrição 021627294-74

Data do Nascimento 30/11/61

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF. Vedada a utilização por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura

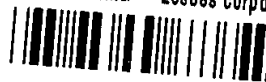
JOSÉ CARLOS DA SILVA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 14/08/94



Lauda do IML - Lesões corporais



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
12ª DESEC VITÓRIA DE SANTO ANTAO-PE
66ª DP AMARAJI

PORTARIA

O Bel. PAULO ROBERTO VIANA PALENDIA, Delegado titular desta DEPOL. Estado de Pernambuco, no uso de suas legais atribuições, havendo necessidade de proceder ao exame **TRAUMATOLOGICO** na pessoa de **JOSE CARLOS DA SILVA**, noticia e constitui peritos, os (as) médicos (as), os quais deverão prestar compromisso.

Amaraji (PE), 13 de abril de 2016.

TERMO DE COMPROMISSO DE PERITOS

Na data da portaria acima, nesta DEPOL, onde presente se encontrava o Delegado de Polícia, comigo escrivão no final assinado, aí compareceram os peritos nomeados na PORTARIA retro, a quem a Autoridade deferiu compromisso legal e fielmente desempenhar o encargo de proceder ao Exame **TRAUMATOLOGICO** na pessoa descrita na PORTARIA acima, descrevendo com verdade, sem dolo ou malícia, o que encontrarem. E, como aceitasse o encargo, mandou a autoridade lavrar este termo que lido e achado conforme, assina-o com os peritos e comigo Escrivão que a digitei.

Delegado [assinado] 2º Perito [assinado]

1º Perito [assinado] Escrivão [assinado]

LAUDO TRAUMATOLOGICO

A data exarada na PORTARIA supra, nesta cidade, horas, presente o Delegado de Polícia, comigo escrivão, aí presente os Peritos que, sob juramento de seus cargos, procederam ao exame de **LESÃO CORPORAL** na pessoa de **JOSE CARLOS DA SILVA** responderam os quesitos seguintes:

- 1º) Houve lesão à integridade corporal ou a saúde examinado? Sim;
2º) Qual o instrumento ou meio que ocasionou? Contusão;
3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para ocupações habituais por mais de trinta dias? Sim Incapacidade por mais de 30 dias, porém não permanente.
4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho ou aborto? Não
5º) Qual foi a região atingida? Ombro e humerômero;
6º) Demais informações que julgar necessárias? O exame foi realizado ao Ex. Porto de Claudio
e fraturas de 4 áreas contus no humerômero
Deu-se por encerrado o presente auto. Nada mais foi dito e, depois de lido e achado conforme viu este assinado por mim Escrivão que digitei e o escrevi, pelo que me reporto e dou fé.

Delegado [assinado] 2º Perito [assinado]

1º Perito [assinado] Escrivão [assinado]

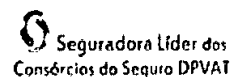
CARTÓRIO DE REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS, PROTESTO E NOTAS
Rua 13 de maio, 13 - Amarej - PE - Fone: (81) 9994-9532

Autentico, para os devidos efeitos, a presente cópia, reprodutiva do documento que me foi apresentado em Cartório, Dou fe. Amarej, 27/05/2016.
Em testemunho da verdade
VANIA LUCIA DA SILVA - TABELIA EM EXERCÍCIO
TÍTULOS - 3,72 - Selo nº 0074740-MER12201501.03543
Consulte autenticidade: www.tipejus.br/selodigital

11:35 02/06/2016 19:500 5540000 LIBR PMU 4



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0072315/19
Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA
CPF: 021.627.294-74
Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 13/04/2016
CPF de: Próprio
Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

Outros



JOSE CARLOS DA SILVA : 021.627.294-74

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 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/02/2019
Nome: JOSE CARLOS DA SILVA
CPF: 021.627.294-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/02/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

JOSE CARLOS DA SILVA

Nathalia Beatriz Braga Costa



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CARTeira NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 873205401

873205401

PROIBIDO PLASTIFICAR

NOME
 FERREIRA CRISTINA DE CARVALHO SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
 1627947 SSP PE

CPF
 264.920.914-34

DATA NASCIMENTO
 14/06/1958

FUNÇÃO
 JOSE AGUIAR DA SILVA

AURY DE CARVALHO SILVA

PERMISSÃO
 ACC
 CAZ. HAB.
 B

Nº REGISTRO
 00479342771

VALIDADEZ
 09/04/2019

P. HABILITAÇÃO
 07/01/1999

OBSERVAÇÕES
 A

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
 10/04/2014

51650440785
 PE059158379

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)



RECIBO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

NOME
MARIA DULCE DE CARVALHO FREIRE

DOC. IDENTIDADE / CPG. EMISSOR / UF
6366352 SSP PE

CPF
034.732.374-36

DATA NASCIMENTO
16/06/1985

FILIAÇÃO
NEWTON TORRES FREIRE
FÁBIA CRISTINA DE CARVALHO SILVA

PERGUNTAS
ACQ. CAT. HAB. 2

REGISTRO
03111340117

VALIDADE
26/12/2023

REABRITURAÇÃO
26/11/2003

OBSERVAÇÕES

M. Dulce de Carvalho

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE, PE

DATA EMISSÃO
26/12/2018

Chancela
Chancela: Anderson Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

SENATLARIAN

CONTIAN

PROIBIDO PLASTIFICAR
1754633587

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1754633587



TIM
BLACK



04300159



CTC RECIFE PE PL1

TEREZA CRISTINA DE CARVALHO SILVA
RUA CRUZEIRO DO FORTE, 474
BOA VIAGEM
51030-620 RECIFE PE

7214049716 39933 00000002044 30 190918

Id.: 804970 - Seq.: 00159 / 000317 - TIM_FAT7008201005_NN3C1BF_002_Nacional





Correios

R\$ 01,95

30.01.19 - 12:49

AGF JOAQUIM NABUCO/PE

controlar
administração de condomínios
desde 1998

BOLETO DE COBRANÇA
CAMPOS DO VALLE

MARIA DULCE DE CARVALHO FREIRE
RUA CRUZEIRO DO FORTE, 474
51030-620 RECIFE PE

BOA VIAGEM
Unidade: D17

Correio: S

Venc: 10/02/2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190175875 **Cidade:** Amaraji **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA **Data do acidente:** 13/04/2016 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA
FRATURA DE 04 ARCOS COSTAIS A ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO TRAUMATOLÓGICO EMITIDO PELA POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO DATADO EM 13/04/2016, ASSINADO PELO MÉDICO PERITO DR. RAFAEL DUQUE CRM-PE 17849. RESPOSTA AO QUESITO 04 - NÃO

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0072315/19

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

CPF: 021.627.294-74

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 13/04/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

JOSE CARLOS DA SILVA : 021.627.294-74

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 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/02/2019
Nome: JOSE CARLOS DA SILVA
CPF: 021.627.294-74

JOSE CARLOS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/02/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa

