

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ADAILTON LOPES DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180295331**
Vitima: **ADAILTON LOPES DA SILVA**
Data do Acidente: **20/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180295331**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo
faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13047246



Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ADAILTON LOPES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180295331**

Vitima: **ADAILTON LOPES DA SILVA**

Data do Acidente: **20/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180295331**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13047356



Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ADAILTON LOPES DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180295331**
Vitima: **ADAILTON LOPES DA SILVA**
Data do Acidente: **20/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180295331**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo autenticado

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ADAILTON LOPES DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180295331**
Vitima: **ADAILTON LOPES DA SILVA**
Data do Acidente: **20/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180295331**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180295331 **Cidade:** Floresta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADAILTON LOPES DA SILVA **Data do acidente:** 20/05/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: RELATÓRIO MÉDICO DE 26/10/18 POR DR RICARDO BRUNO CRM 23409.

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Talita Fonseca Medeiros



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ADAILTON LOPES DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 4602777 EXPEDIDO POR SSP-PE EM 27/03/91 ECPF 900843654-04 /CNPJ _____, PROFISSÃO AGRICULTOR

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ADAILTON LOPES DA SILVA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

Autorização de pagamento



2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO 237 AGÊNCIA 6039-9 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 8.313-5

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL FLORESTA - PE DATA 14/06/2018

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) ADAILTON LOPES DA SILVA

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.


Ficha-Proposta de Abertura de Conta de Depósito "Pessoa Física" Correspondente no País

Cód. Ag. 6039	Dig. 9	Razão 07-05	Nº Conta 8.313	Dig. 5	Tipo 00	00 - Pessoa Física 21 a 29 - Conjunta E	11 a 19 - Conjunta E/OU	
CPF/MF 900.843.654		Contr. 04	Nome Completo (Sem Abreviações) ADAILTON LOPES DA SILVA					
PACB		Nome do Correspondente no País						

Capacidade Civil	☒ Capacidade Civil Plena	Movimentação
☐ Capacidade Civil Relativa	☐ Incapacidade Civil Absoluta	☒ Isolada ☐ Conjunta ☐ Por Procuração
Nome Legível do Representante/Responsável Legal/Procurador		CPF/MF
		Contr.

Assinatura (assinar duas vezes)

 Informações de: ☐ Titular ☐ Representante/Responsável Legal/Procurador

Dados Pessoais

Data Nascimento	Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino	Tipos Doc. Ident.	Nº Documento	Org. Emissor
-----------------	---	-------------------	--------------	--------------

UF Org. Emissor	País Emissor	Data de Emissão	Data Vencido. Doc.	Nacionalidade
-----------------	--------------	-----------------	--------------------	---------------

UF Nascimento	Município Nascimento	Possui residência fiscal, nacionalidade ou visto permanente em outro país? ☐ Não ☐ Sim - Preencher Mod. 4820-011E Inform. Fiscais Abert. de Conta PF
---------------	----------------------	---

Nome da Mãe	☐ Desconhecido ☐ Não tem ☐ Não informado
-------------	---

Nome do Pai	☐ Desconhecido ☐ Não tem ☐ Não informado
-------------	---

Estado Civil	☐ Solteiro ☐ Casado c/ Com.Un.Bens ☐ Casado c/ Com.Parc.Bens	Mantém União Estável?
☐ Casado Separação Bens ☐ Separado Judicialmente ☐ Divorciado ☐ Viúvo	☐ Sim ☐ Não	

CPF do Cônjuge/Convivente	Contr.	Nome do Cônjuge/Convivente
---------------------------	--------	----------------------------

Dados de Contato

Tipo do Endereço	CEP / Zip Code	Caixa-Postal
------------------	----------------	--------------

Logradouro	Número	Complemento
------------	--------	-------------

Bairro	Município	UF	Tipo de Residência	Reside Desde
			☐ Própria ☐ Familiar ☐ Alugada	

DDD	Telefone	Ramal	Contato	DDD	Celular
-----	----------	-------	---------	-----	---------

Autoriza Envio de SMS	E-Mail	Autoriza Envio de E-Mail
☐ Sim ☐ Não		☐ Sim ☐ Não

Dados Profissionais

Categoria Profissional	☐ Assalariado ☐ Profissional Liberal ☐ Pensionista ☐ Empresário ☐ Do Lar ☐ Nunca Trabalhou
☐ Autônomo ☐ Produtor Rural ☐ Estudante ☐ Aposentado ☐ Não Empregado ☐ Estagiário	

CNPJ da Empresa	Filial	Contr.	Nome da Empresa
-----------------	--------	--------	-----------------

Profissão / Ocupação	Data de Admissão	Atividade Desde
----------------------	------------------	-----------------

Cargo	Valor da Renda	Periodicidade da Renda	Comprovou Renda
			☐ Sim ☐ Não

Possui Outras Rendas	Origem Outras Rendas
☐ Sim ☐ Não	

Valor Outras Rendas	Comprovou Outras Rendas	Possui Despesas Fixas
	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não

Origem Despesas Fixas	Valor das Despesas Fixas
-----------------------	--------------------------



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 187ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORESTA - DP187CIRC DINTER2/22ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0277000794**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/06/2018** às **16:58**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **20/5/2018** às **16:35**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 1, PE-360, PRÓXIMO AO POSTO DO AIRI** - Bairro: **ZONA RURAL DE FLORESTA - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**



CARTÓRIO ÚNICO DE FLORESTA-PE / Maria da Fátima Simões Ferreira
Rua Almirante Torres de Aragão, 51 - Floresta - PE - CEP: 55400-000 - Fone/Fax: (33) 3277-1825 - e-mail: cartoriofloresta@pe.gov.br

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
FRANCELIA LOPES DA SILVA (OUTRO)
ADAILTON LOPES DA SILVA (VÍTIMA)

Autenticação conforme o original que me foi apresentado neste ato, dou fé. Em testemunho da verdade. **SUZANA ANESEIA DE SA** - Escrevente. Floresta-PE, 07/06/2018 11:53:34. Emol.: 3,07 TSNR: 0,68 FERC: 0,34 TOTAL: 4,09. Selo: 0076810.CQJ05201801.00080. Consulte a autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ADAILTON LOPES DA SILVA**

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

ADAILTON LOPES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **TEREZINHA MARIA DA SILVA** Pai: **GENESIO LOPES DA SILVA** Data de Nascimento: **22/2/1973** Naturalidade: **FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4802777/SSP/PE (RG)**. **90084365404 (CPF)**. **01322633139 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 87999019895**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 161, RUA QUIRINO LUCIANO JOSÉ DE MARIA - CEP: 0 - Bairro: CAITANO II - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

FRANCELIA LOPES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **TEREZINHA MARIA DE JESUS** Pai: **GENESIO LOPES DA SILVA** Data de Nascimento: **23/8/1980** Naturalidade: **FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **03350220495 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU COMPLETO** Profissão: **PROFESSOR(A)** Telefones Celulares: **- 87999430091**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 91, RUA TEN. CEL. MANOEL DE SOUZA FERRAZ - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: **DESCONHECIDO** Data de Nascimento: **1/1/1999** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

MOTOCICLETA HONDA CG FAN ES (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FRANCELIA LOPES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ADAILTON LOPES DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não** Número de Série: **9c2jc4120ar004698**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLS3550 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **189201015** Chassi: **9C2JC4120AR004698**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN ES, COR PRETA, PLACA KLS3550, 2009/2010**

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE, NA TARDE DO DIA 20 DE MAIO DE 2018, TRAFEGAVA PELA PE-360 SENTIDO IBIMIRIM-FLORESTA, QUANDO UM JUMENTO ATRAVESSOU A VIA; QUE, TENTOU DESVIAR-SE, MAS NÃO CONSEGUIU E COLIDIU COM O ANIMAL; QUE, NESSE MOMENTO, OUTRA PESSOA QUE PASSAVA PELO LOCAL PRESTOU SOCORRO, E TROUXE-O PARA O HOSPITAL CORONEL ALVARO FERRAZ, NA CIDADE DE FLORESTA. SEGUNDO CONSTA O BOLETIM DE EMERGENCIA, O ACIDENTE CAUSOU A VÍTIMA

FRATURA DE FIBULA E TIBIA. ANTE O CORRÍDO COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA REGISTRAR O BOLETIM DE OCORRENCIA.

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

ADAILTON LOPES DA SILVA
ADAILTON LOPES DA SILVA
(VITIMA)

Fabio José Santana de Melo Junior

B.O. registrado por: **FABIO JOSÉ SANTANA DE MELO JÚNIOR** - Matrícula: 387503-2



CARTÓRIO ÚNICO DE FLORESTA-PE / Maristela Feltosa Simões Ferreira
Rua Alcides Torres de Araújo, 94 - Floresta - PE - CEP: 55400-000 - Fone/Fax: (81) 3377-1076 - e-mail: cartorio@floresta.pe.gov.br

Autenticação conforme o original que me foi apresentado neste ato.
dou fé. Em testemunho *da* da verdade. SUZANA ANESSEIA DE SA -
Escrevente. Floresta-PE, 07/06/2018 11:53:34. Emol.: 3,07 TSNR: 0,68
PERC: 0,34 TOTAL: 4,09. Selo: 0076810.6WJ05201801.00081. Consulte a
autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

Suzana A. de Sa

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



Registro Civil

Estado de Pernambuco

Município de Floresta

Distrito 1ª Zona Judiciária

Certidão de Casamento

Maria Auxiliadora Leite de Sá, ~~Oficial~~ escrevente autorizada do Registro Civil da 1ª Zona Judiciária-Floresta-PE.

CERTIFICO por me ser pedido, que no livro nº 8-B, Aux. do registro de casamentos, em meu poder e cartório à folhas 44, sob o nº 1.865 consta o termo de casamento, realizado neste distrito em 15 de fevereiro de 19 97, de ADAILTON LOPES DA SILVA com dona IVONETE IZABEL DE SOUZA

ela, contraente nascido em Floresta-PE, no dia (02) dois de fevereiro de mil novecentos e setenta e três (1973)

filho de Genésio Lopes da Silva e Terezinha Maria da Silva

ela, contraente nascida em Floresta-PE, no dia (22) vinte e dois de fevereiro de mil novecentos e setenta e dois (1972)

filha de Evangelista Antonio de Souza e Isabel Maria da Conceição

a nubente após o casamento, passou a usar o nome de IVONETE IZABEL DE SOUZA LOPES SILVA

Foram testemunhas: Luiza M. Alves Cavalcanti, Pedro L. Filho, Edvaldo Lopes da Silva, Ana Paula Lopes da Silva

Observações: Casamento feito pelo Regime de Comunhão Parcial de BENS.

Primeira certidão fornecida. Casamento Religioso com efeito Civil.

O referido é verdade e dou fé.

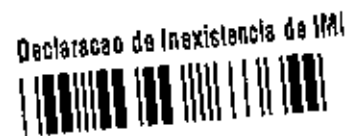
Floresta.... 15 de fevereiro de 19 97

Maria Auxiliadora Leite de Sá
escrevente autorizada

Mod. 8 Registro Civil-Floresta-PE

Maria Auxiliadora Leite de Sá
Oficial do Registro Civil

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, ADAILTON LOPES DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 4602777 e inscrito no CPF/MF sob o nº 900.843.654-04, residente e domiciliado na RUA: QUIRINO LUCIANO JOSÉ DE MARIA, Cidade FIORISTA, Estado PE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

ADAILTON LOPES DA SILVA

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

FIORISTA, 14.06.2018

Local e data

BOLETIM DE EMERGENCIA

Comprovação de ato declaratório

Nº



DATA: 20/05/2018	HORA: 16:35	CARTÃO SUS: 407.007.857.544-436
---------------------	----------------	------------------------------------

NOME: Adilton Lopes da Silva	DATA NASCIMENTO: 02/02/73	IDADE: 45	SEXO: M	ESTADO CIVIL: M	PROFISSÃO:
---------------------------------	------------------------------	--------------	------------	--------------------	------------

MÃE: Terezinha M da Silva	PAI: Gervásio Lopes da Silva
------------------------------	---------------------------------

ENDEREÇO: R. Pe. Clemente Moraes	Bairro:
-------------------------------------	---------

MUNICÍPIO: Igarapé do Leste	FONE:	CPF:	RG:
--------------------------------	-------	------	-----

RAÇA/COR:	BRANCA	PRETA	PARDA	AMARELA	INDÍGENA
-----------	--------	-------	-------	---------	----------

PA: 130x90 mm/Hg	PULSO:	HGT: 87 mm/Hg	TEMP:	PESO:
---------------------	--------	------------------	-------	-------

CURATIVO	APLICAÇÃO MEDICAMENTO	RX	IMOBILIZAÇÃO	ECG	SUTURA
----------	-----------------------	----	--------------	-----	--------

VITIMA DE ACIDENTE:	SIM	NÃO	ASSINATURA PACIENTE OU RESPONSÁVEL: Jandabergue Thas Lopes Ferreira
MORDIDA DE ANIMAIS:	SIM	NÃO	

HISTÓRIA E EXAME FÍSICO:
Acid. Mofo
Relat. queda de moto, de cabeça e pernas
(E), dor no peito, presença de escoriações e
feridas (E), mãos.

TRATAMENTO:
Relat. primeiro socorro durante realização de
curativo na lesão da cabeça que verteu o sangue
causando com uma mordida.

Glasgow: 15, PA 140x90 mmHg, HGT 87 mmHg

DIAGNÓSTICO:
Fratura de fíbula
Acid. Mofo (E)

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:	CARIMBO E ASSINATURA:
-----------------------	-----------------------

DESTINO DO PACIENTE:	INTERNADO	RESIDÊNCIA	TRANSFERIDO	EVASÃO
----------------------	-----------	------------	-------------	--------

RELAÇÃO COM HOSPITAL:	HORA:	SENHA:
-----------------------	-------	--------

HORA:

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

04/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADAILTON LOPES DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06039-9

CONTA: 000000008313-5

Nr. Autenticação

BRDESCO0412201805000000000023706039000000008313236250 PAGO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência

Eu, ADAILTON LOPES DA SILVARG nº 4602777, data de expedição 27/03/91, órgão SSP-PE

CPF nº 900.843-654-04 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA: QUIRINO LUCIANO JOSÉ DE MARIA</u>
Número	<u>161</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CAETANO - II</u>
Cidade	<u>FLORESTA - PE</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>56.400.000</u>
Telefone de Contato	<u>87.99901-9895</u>
E-mail	<u>IZABEL_IVONETE72@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: FLORESTA - 14.06.2018Assinatura do Declarante: ADAILTON LOPES DA SILVA



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

ATENDIMENTO: RUA DARIO FERRAZ - MM. - 00319 - CENTRO FLORES
TA PE 56400-000

DADOS DO CLIENTE MATRÍCULA: 9234608 Abr/2018
ADAILTON LOPES DA SILVA
R QUIRINO LUCIANO JOSE DE MARIA, N. 00161 - - CAETANO II FLOR
ESTA PE 56400-000
INSCRIÇÃO: 057.214.019.000 GRUPO: 3 DEB. AUTOMÁTICO: 009234608

SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIIDRÔMETRO Y10N197518	DATA LEIT. ANTERIOR 26/03/2018	DATA LEIT. ATUAL 25/04/2018	TIPO DE CONSUMO (NJE) REAL		

AGUA:
LEIT ANT: 972 CONSUMO: 10
LEIT ATU: 982
LEIT FAT: 982

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

03/2018 12
02/2018 10
01/2018 12
12/2017 13
11/2017 14
10/2017 13
MÉDIA: 12

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIDA A LEGI.
TURBIDEZ	34	34	34
COR APARENTE	34	34	34
CLORO RESIDUAL	34	34	34
CO. IF. TOTAIS	34	34	34
E. COLI	34	34	34

Qualidade de Água: www.compesa.com.br
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(=)	10 M3	41,30
CONSUMO DE ÁGUA		
MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2018		0,98
JUROS DE MORA 11/2017 12/2017		2,92

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
ISS	41,30	1,65	0,68
ICMS	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 05/05/2018

TOTAL A PAGAR: 45,20

MENSAGEM:
EM 31/03/2018, REGISTRAMOS QUE V. SA.
ESTAVA EM DÉBITO COM A COMPESA CASO
JÁ O TENHA PAGADO, DESCONSIDERE ESTE AVISO.

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANCÊLIA LOPES DA SILVA,
RG nº 3.723.984, data de expedição 16/03/2001,
Órgão _____, portador do CPF nº 033502209-95, com
domicílio na cidade de FLORESTA, no Estado de
PERNAMBULO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA: TEN. CEL. MANOEL DE SOUZA FERREZ, nº 91,
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 ADAILTON LOPES DA SILVA, cujo o condutor era
ADAILTON LOPES DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA KG FAN 25 ES
Ano: 2009/2010
Placa: KLS 3550
Chassi: 9C2JC4320AR004698
Data do Acidente: 20/05/2012
Local e Data: Floresta, 15 de Junho de 2012

Francêlia Lopes da Silva
Assinatura do Declarante

ADAILTON LOPES DA SILVA

Assinatura do Condutor [caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro]



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francielis Lopes da SilvaRG nº 5.721.984, data de expedição 16/10/2001Órgão SBS, portador do CPF nº 033502204-95, com domicílio na cidade de Floresta, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)Rua Ten. Cel. Manoel de Souza Frazão, nº 91,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 Adailton Lopes da Silva cujo o condutor era Adailton Lopes da Silva.Veículo: motocicletaModelo: Honda/CG Fan 125 GSAno: 2009/2010Placa: KLS 3550Chassi: 9C2JCY120AR004698Data do Acidente: 20/05/2018Local e Data: Floresta 12 de Julho de 2018Francielis Lopes da Silva

Assinatura do Declarante

ADAILTON LOPES DA SILVA

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



CARTÓRIO ÚNICO DE FLORESTA-PE / Marietela Fátima Simões Ferreira
 Rua Alcides Torres de Araújo, 85 - Floresta - PE - CEP: 55408-400 - Fone/Fax: (81) 2677-1026 - e-mail: cartoriofloresta@yahoo.com.br

Reconheço Por Semelhança a firma de FRANCIELIS LOPES DA SILVA, doq fê:
 Floresta-PE, 12/07/2018 14:05:09. Em testemunho Verdade da verdade.
 MARIA DE FÁTIMA DE SA LEAL - SUBSTITUTA. Emol.: 3,59 TSNP: 0,80 PERC:
 0,40 TOTAL: 4,79. Selo: 0075810.EX005201801.01203. Consulte a
 autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

3180295331

Declaração do Proprietário do Veículo

(71)

Eu, Francelia Lopes da Silva,RG nº 5.721.984, data de expedição 16/03/2004Órgão SSS, portador do CPF nº 033502204-95, com domicílio na cidade de Floresta, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)Rua Tenente Coronel Manoel de S. Ferraz, nº 91,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 Adailton Lopes da Silva cujo o condutor eraAdailton Lopes da Silva.Veículo: motocicletaModelo: Honda / CG Fan 325 CSAno: 2004/2010Placa: KLS 3550Chassi: 9C 25C 4320 42 004698Data do Acidente: 20/09/2018Local e Data: 07/08/2018 Floresta - PE

Declaração do proprietário do veículo

Francelia Lopes da Silva

Assinatura do Declarante

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

**CARTÓRIO ÚNICO DE FLORESTA-PE / Maristela Feltosa Simões Ferreira**
Rua Alceu Torres de Araújo, 45 - Floresta - PE - CEP: 56400-000 - Fone/Fax: (87) 3577-1026 - e-mail: cartoriofloresta@yahoo.com.brReconheço Por Autenticidade a firma de FRANCELIA LOPES DA SILVA, dou
fé. Floresta-PE, 07/08/2018. 09:50:41. Em testemunho de
verdade. KATIA DINIZ MARQUES DE SA - Escrevente. Emol.: 3,59 TSMR:
0,80 FERC: 0,40 TOTAL: 4,79. Selo: 0076B10.KWL05201801.03053.
Consulte a autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.Katia Diniz Marques de Sa

ente: 000156148 ADAILTON LOPES DA SILVA

Telefone: (87) 99901-9895

ereço: QUEBRA UNHA DE FORA

Nº SN

Bairro: ZONA RURAL

ide: FLORESTA

CEP: 56400-000

Sexo: Masculino

CNS:

ne do Pai: GENESIO LOPES DA SILVA

Nome da Mãe: TEREZINHA MARIA DA SILVA

: 900.843.654-04

RG:

Idade: 45 Anos

Data Nascimento: 02/02/1973

fissão: AGRICULTOR

Convênio: Particular

Data Atendimento: 26/05/2018

ido Civil: Casado(a)

Médico: 9608

JOSE ANDRE MELO BARRETO

ermaria/Apartamento: RESERVA

Especialidade: Médico ortopedista e traumatologista

HISTÓRICO CLÍNICO

Documentação médica - hospital



Doença: Lesão por esforço repetitivo do 1º dedo da mão direita, decorrente de trabalho braçal. Tratado inicialmente com fisioterapia e analgésicos, sem melhora. Agende-se para avaliação e tratamento cirúrgico.

Diag: Fratura distal do 1º dedo da mão

Trat: Imobilização com gesso e fisioterapia

Dr. André Barreto
CRM 10.123/GO
Especialista em Ortopedia e Traumatologia

HOSPITAL SAO VICENTE

Data do Atendimento: 26/05/2018		Nº Registro: 000156148	
Notificação do Paciente: ADAILTON LOPES DA SILVA		RESERVA	
LEITO 01			
Data Nascimento: 02/02/1973	Idade: 45	Sexo: Masculino	Cor: Parda
Estado Civil: Casado(a)	Profissão: AGRICULTOR	Naturalidade: FLORESTA	Nacionalidade: Brasileiro
Pai: GENESIO LOPES DA SILVA		Mãe: TEREZINHA MARIA DA SILVA	
Endereço: QUEBRA UNHA DE FORA		SN	
Endereço: ZONA RURAL	Cidade: FLORESTA	Estado: PE	Telefone: (87) 99901-9895
FATORES DA OCORRÊNCIA:			
Morte de Trânsito []		Acidente de Trabalho []	
		Outros Acidentes []	
Causa []		Agressão []	
Causa: Casual []		Outros []	
Nome do Acompanhante:		Telefone para Contato:	
Endereço:			
Data da Ocorrência:			
ANAMNESE E EXAME FÍSICO			
<i>Posição: deitado, deitado - História: paciente com queixa de dor no abdômen, dor no abdômen progressiva e repetitiva, dor no abdômen</i>			
Diagnóstico Inicial: <i>Exames TBM e AL</i>			
S.D.T.			
Diagnóstico Final:			
INDICAÇÃO DE ALTA		MOTIVO DA ALTA	
Alta médica []	Decisão Médica []		
Alta a pedido []	Alta a pedido []		
Alta por prazo []	Transferência []		
Alta por prazo + 48h []	Evasão []		
Alta por prazo - 48h []	Indisciplina []		
Alta em: / /		Data do Internamento: 27/6/18	
Data:		Data da Alta: / /	
		Local:	
		<i>Dr. André Barreto</i> Médico de Traumatologia CRM-PE 9605 REG. 4535	

Cirurgia Realizada:

Nº do Procedimento:

Redução de fratura + fixação externa Tibial

Data: 27/05/18

Início:

Término:

Cirurgião: [assinatura]

1º Auxiliar: Antônio

2º Auxiliar:

Anestesista: [assinatura]

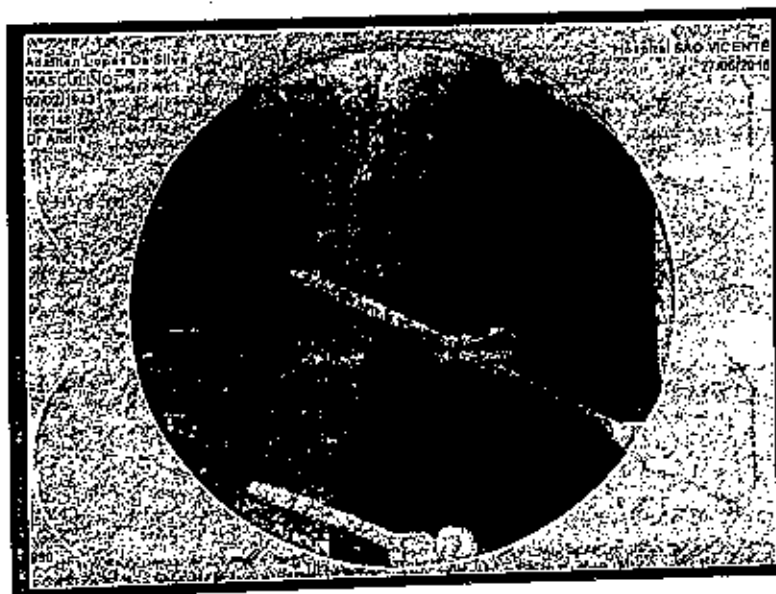
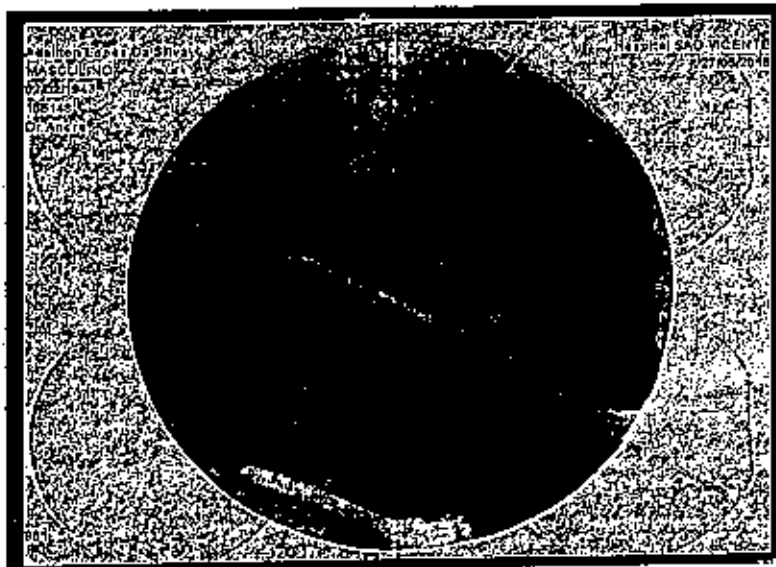
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Sob anestesia geral, paciente em posição supina, membro inferior direito, redução e fixação externa da fratura da tíbia. Realizada a fixação externa com 3/8 pinos e placa. Rastros e pontos.

[assinatura]
 Dr. Antônio [assinatura]
 Ortopedista - Traumatologista
 CRM 7351 - CPF 654.552.033/57.57

Dr. André Barreto
 Ortopedia-Traumatologia
 CRM-PE 9608 TEOT-4536

Assinatura do Cirurgião





CliniK

Rua: Cornélio Soares, 939, sala 2, térreo,

Bairro: Nossa Senhora da Penha; Serra Talhada- PE;

CEP: 56903- 440

CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992

Laudo médico

Adailton Lopes da Silva; Idade: 45 anos

Paciente foi vítima de acidente de moto após colisão com animal no dia 20/05/2018. Fato ocorrido na cidade de Floresta, PE 360, próximo ao pasto do AIRI, Zona rural.

Foi atendido no hospital municipal de Floresta com o diagnóstico de fratura de tibia e fíbula. Foi encaminhado ao hospital de Caruaru, com o qual foi medicado e acompanhado pelo ortopedista. Sendo reencaminhado ao hospital São Vicente para a realização da cirurgia no dia 23/07/18.

Na avaliação clínica de sequelas, o paciente apresenta exame físico-clínico visual, seqüela consequente ao trauma na qual foi observada limitação de movimento da perna esquerda de mais ou menos 20%. Informa dor no tornozelo e edema local com cicatriz de mais ou menos 25 centímetros.

No momento encontra-se de alta do tratamento com a fisioterapia.

OBS: Paciente se apresenta ao exame físico de hoje com esses sinais. Podendo variar conforme evolução e resposta clínica do mesmo no decorrer dos dias.

Atenciosamente

Dr. Ricardo Bruno

Médico
CRM-PE: 23409

Ricardo Bruno S. S. e Silva

Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva

CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992

Serra Talhada, 26 de outubro de 2018

19597663561

PROBING PLASTICIAN
017663561

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE VARES GURIL

1368

ADAILTON LOPES DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 02.02.1973

DATA DE EMISSÃO: 27.03.1991

4602777

ADAILTON LOPES DA SILVA

Genésio Lopes da Silva e Terezinha Maria da Silva

Floresta-PE

Nasc. No. 5104 Liv. 10 Fls. 80

Cart. Floresta-PE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 2003

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE VARES GURIL

1368

ADAILTON LOPES DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 02.02.1973

DATA DE EMISSÃO: 27.03.1991

4602777

ADAILTON LOPES DA SILVA

Genésio Lopes da Silva e Terezinha Maria da Silva

Floresta-PE

Nasc. No. 5104 Liv. 10 Fls. 80

Cart. Floresta-PE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 2003

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE VARES GURIL

1368

ADAILTON LOPES DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 02.02.1973

DATA DE EMISSÃO: 27.03.1991

4602777

ADAILTON LOPES DA SILVA

Genésio Lopes da Silva e Terezinha Maria da Silva

Floresta-PE

Nasc. No. 5104 Liv. 10 Fls. 80

Cart. Floresta-PE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 2003

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE VARES GURIL

1368

ADAILTON LOPES DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 02.02.1973

DATA DE EMISSÃO: 27.03.1991

4602777

ADAILTON LOPES DA SILVA

Genésio Lopes da Silva e Terezinha Maria da Silva

Floresta-PE

Nasc. No. 5104 Liv. 10 Fls. 80

Cart. Floresta-PE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 2003

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR

ADAILTON LOPES DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO

02/02/1973

ZONA

072

SEÇÃO

0080

MUNICÍPIO / UF

FLORESTA/PE

DATA DE EMISSÃO

20/02/2003

Edição 2003

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA / JUSTIÇA ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR

ADAILTON LOPES DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO

02/02/1973

ZONA

072

SEÇÃO

0080

MUNICÍPIO / UF

FLORESTA/PE

DATA DE EMISSÃO

20/02/2003

Edição 2003

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA / JUSTIÇA ELEITORAL



MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 30089 Série 00008



Polegar Direito.



Adailton Lopes da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

5

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Adailton Lopes da Silva
Loc. Nasc. Faz. Quebra Vento de Fina - Floresta
Est. PE Data 02/02/1973
Filiação Genésio Lopes da Silva e de Tepezinha Maria da Silva
Est. Civil Solteiro Doc. Nº 5104
Fls. 80 Liv. 10 Reg. Civil Nas.

Outro doc.
Situação Militar: Doc.
Nº Órgão Est.
Naturalizado Doc. Nº Em

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em
Doc. Ident. Nº Exp. em
Estado
Obs.

Data Emissão 27/03/91 DRT 9º

Carboso
Assinatura do Funcionário

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013935866479
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 RENOVAÇÃO: 169201015 R.N.T.A.C.: ***** EXERCÍCIO: 2018

NOME: FRANCIELA LOPES DA SILVA

FLORÉSTIA-PE

CPF / CNPJ: 033.502.204-95

PLACA: KLS3550

PLACA ANT. / UF: ***** / PE CHASSI: 3C2JC4120AR004698

ESPÉCIE TIPO: PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB: 2009 ANO MOD: 2010

CAP. / POT. / CIL: 2P/124CL

CATEGORIA: PARTIC

COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: IPVA 2018 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA: 1º VENC. / COTAS: *****

2º VENC. / COTAS: *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 10% (R\$): PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES:

SEM RESERVA

FLORÉSTIA

DATA: 10/03/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Executante DETRAN/PE

DUT



SEGURO OBRIGATÓRIO PARA VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013935866479 BILHETE DE SEGURO DPVAT
FRANCIELA LOPES DA SILVA

56400-000

CASA FLORÉSTIA-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 10/03/18

VIA: 1 CPF / CNPJ: 033.502.204-95 PLACA: KLS3550

RENOVAÇÃO: 169201015 MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB: 2009 CAT. DUT: 09 Nº CHASSI: 3C2JC4120AR004698

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): DENATRAM (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$): 10% (R\$): TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$): SEGURO PAGO

PAGAMENTO:

COTA ÚNICA: PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO:

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
BILHETE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

JAN/2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0230978/18
Vítima: ADAILTON LOPES DA SILVA
CPF: 900.843.654-04

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 20/05/2018
Titular do CPF: ADAILTON LOPES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo
Outros

Outros



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

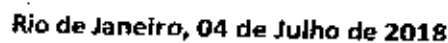
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 20/07/2018
Nome: ADAILTON LOPES DA SILVA
CPF: 900.843.654-04

Data do cadastramento: 25/07/2018
Nome: JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO
CPF: 083.495.187-82.

ADAILTON LOPES DA SILVA

JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO



Aos Cuidados de: **ADAILTON LOPES DA SILVA**

Nº Sinistro: 3180295320

Vítima: ADAILTON LOPES DA SILVA

Data do Acidente: 20/05/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180295320**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo
faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

TELEPHONE UNIT 28-38 49:36 49:37 35 17

Carta n.º 13047093

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ADAILTON LOPES DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180295331**
Vítima: **ADAILTON LOPES DA SILVA**
Data do Acidente: **20/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180295331**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo
faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12-04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0230978/18
Vítima: ADAILTON LOPES DA SILVA
CPF: 900.843.654-04

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 20/05/2018
Titular do CPF: ADAILTON LOPES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo
Outros

Outros



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: 13/08/2018
Nome: ADAILTON LOPES DA SILVA
CPF: 900.843.654-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/08/2018
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

ADAILTON LOPES DA SILVA

Elen Tais Alves Pereira

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0230978/18

Número do Sinistro: 3180295331

Vítima: ADAILTON LOPES DA SILVA

CPF: 900.843.654-04

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADAILTON LOPES DA
SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

Outros



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: 16/11/2018
Nome: ADAILTON LOPES DA SILVA
CPF: 900.843.654-04

ADAILTON LOPES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/11/2018
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira

FINIS QUE MINHA CONTA
E ESTÁ ATIVA CONFORME

Para: Sequenciadora Liden

R: da Assembleia 100 - 16 andar Centro
Rio de Janeiro - RJ

CEP: 20011-904

 Correios	REGISTRADO URGENTE	AR	AR
Recebedor	Registered priority	Doc	Doc
Assinatura		Doc	Doc
JT 88310070 9 RD			



De: Maria Juvete

rua: Desail da Andrade ~~rua~~

514 Santa Rosa Galhada - PE

CEP: 56900-000.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0230978/18

Número do Sinistro: 3180295331

Vítima: ADAILTON LOPES DA SILVA

CPF: 900.843.654-04

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADAILTON LOPES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 16/11/2018
Nome: ADAILTON LOPES DA SILVA
CPF: 900.843.654-04

ADAILTON LOPES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/11/2018
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira