



Número: **0000352-43.2019.8.17.2620**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **11/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADAILTON LOPES DA SILVA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69051779	05/10/2020 15:36	ANEXO 1	Outros (Documento)

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

Pag. 00363/00364 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13047246



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: 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

Pag. 00017/00018 - carta_01 - INVALIDEZ

00040009



Rio de Janeiro, 02 de Agosto 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 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

Pag. 01307/01308 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 1317785



Rio de Janeiro, 24 de Agosto 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:

- 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

Pag. 01833/01834 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13284727



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 Relativa		☒ Capacidade Civil Plena ☐ Incapacidade Civil Absoluta		Movimentação ☒ 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
UF Org. Emissor	País Emissor	Data de Emissão	Data Venc. Doc.
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 ☐ Casado Separação Bens		☐ Casado c/ Com. Un. Bens ☐ Separado Judicialmente	
CPF do Cônjuge/Convivente		Contr. Nome do Cônjuge/Convivente	
Mantém União Estável? ☐ Sim ☐ Não		☐ Casado c/ Com. Parc. Bens ☐ Divorciado ☐ Viúvo	

Dados de Contato		CEP / Zip Code		Caixa-Postal	
Tipo do Endereço		Logradouro		Número	
Bairro		Município		Complemento	
UF		Tipo de Residência ☐ Própria ☐ Familiar ☐ Alugada		Reside Desde	
DDD		Telefone		DDD	
Ramal		Contato		Celular	
Autoriza Envio de SMS ☐ Sim ☐ Não		E-Mail		Autoriza Envio de E-Mail ☐ 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		Contr. Nome da Empresa	
Profissão / Ocupação		Data de Admissão	
Cargo		Atividade Desde	
Valor da Renda		Períodicidade da Renda	
Possui Outras Rendas ☐ Sim ☐ Não		Comprovou Renda ☐ Sim ☐ Não	
Origem Outras Rendas		Possui Despesas Fixas ☐ Sim ☐ Não	
Valor Outras Rendas		Comprovou Outras Rendas ☐ Sim ☐ Não	
Origem Despesas Fixas		Valor das Despesas Fixas	



DOG ORIG EM DAMS



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 187ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORESTA - DP187ªCIRC DINTER2/22ªDESEC

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**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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



CARTÓRIO ÚNICO DE FLORESTA-PE / Maristela Feltosa Simões Ferreira
Rua Alcides Torres de Araújo, 55 - Floresta - PE - CEP: 55409-000 - Fone/Fax: (32) 3577-1828 - e-mail: cartoriofloresta@yafm.com.br

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. Emel.: 3,07 TSNR: 0,68
FERC: 0,34 TOTAL: 4,09. Selo: 0076810.CW05201801.00089. Consulte a autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

Suzana A. H. Sá

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: 2/2/1973 Naturalidade: **FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: 4802777/SSP/PE (RG). 9D084365404 (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 LUEIANO 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: 0335022D495 (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

RAJAILTON LOPES DA SILVA
ADAILTON LOPES DA SILVA
(VITIMA)

Fábio José Santana de Melo Júnior
B.O. registrado por: **FABIO JOSÉ SANTANA DE MELO JÚNIOR** - Matrícula: **387503-2**



CARTÓRIO ÚNICO DE FLORESTA-PE / Maricléia Falcão Simões Ferreira
Rua Alceu Torres de Araújo, 94 - Floresta - PE - CEP: 55400-000 - Fone/Fax: (07) 3571-1026 - e-mail: cartoriofloresta@pejfm.com.br

Autenticação conforme o original que me foi apresentado neste ato, dou fé. Em testemunho *da* 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.GWJ05201801.00081. 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 nove
centos 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 feve-
reiro 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 LO-
PES 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 Ci-
vil.

O referido é verdade e dou fé.

Floresta.... 15 de fevereiro de 19 97.

Maria Auxiliadora Leite de Sá

escrevente autorizada

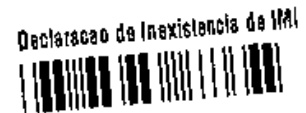
Mod. 3 Registro Civil-Floresta-PE

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 FLORESTA, 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:

- ☒ (X) 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

FLORESTA, 14.06.2018

Local e data



Floresta

Com o povo, construindo um novo tempo.

CENTRO COMUNITÁRIO

AT. 01

HOSPITAL CORONEL ALVARO FERRAZ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

AT. 02

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Comprovação de ato declaratório

Nº



DATA: 20/05/2018 HORA: 16:35 CARTÃO SUS: 407.007.857.544-435

NOME: Adailton Lopes da Silva

DATA NASCIMENTO: 02/02/73 IDADE: 45 SEXO: Masculino ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO:

MÃE: Terezinha M. da Silva

PAI: Gregório Lopes da Silva

ENDEREÇO: R. Celso de Souza BAIRRO: 7

MUNICÍPIO: Floresta FONE: CPF: RG:

RACIA/COR: BRANCA PRETA PARDA AMARELA INDÍGENA

P.A: 130x80 mm/Hg PULSO: HGT: 87 cm TEMP: PESO:

CURATIVO APLICAÇÃO RX IMOBILIZAÇÃO ECG SUTURA

VITIMA DE ACIDENTE: SIM NÃO ASSINATURA PACIENTE OU RESPONSÁVEL

MORDIDA DE ANIMAIS: SIM NÃO

HISTÓRIA E EXAME FÍSICO: Acid. Mito. Refere queda de moto, de cabeça e perna esquerda do asso, presença de escoriações e hematomas.

TRATAMENTO: Refere punção baseada durante realização de cirurgia na região, a qual queixou outras sequelas com uso analgésico.

Glasgow: 15, P.A. 140x80 mm/Hg, HGT. 87 cm

EXAMES DE LABORATÓRIO

EXAMES DE LABORATÓRIO

EXAMES DE LABORATÓRIO

EXAMES DE LABORATÓRIO

EXAMES DE LABORATÓRIO

EXAMES DE LABORATÓRIO

EXAMES DE LABORATÓRIO

EXAMES DE LABORATÓRIO

EXAMES DE LABORATÓRIO

EXAMES DE LABORATÓRIO



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

BRADESCO0412201805000000000023706039000000008313236250 PAGO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, ADAILTON LOPES DA SILVA

RG nº 4608777, 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>FILORESTA - 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>

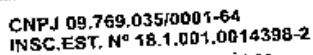
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: FILORESTA - 14.06.2018

Assinatura do Declarante: ADAILTON LOPES DA SILVA

889800413





ATENDIMENTO: RUA DARIO FERRAZ - N.º 4 - 00319 - CENTRO FLORES
 TEL. 56400-000

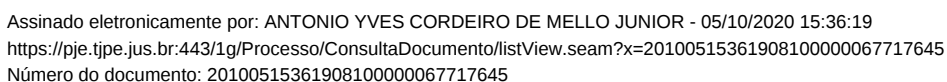
DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 9234608		ADM: 2018																	
ADAILTON LOPES DA SILVA																					
R. QUIRINO LUCIANO JOSE DE MARIA, N. 00161 - - CAETANO II FLOR																					
ESTA PE 56400-000																					
INSCRIÇÃO: 057.214.019.009.000 GRUPO: 3 DEB. AUTOMÁTICO: 009234608																					
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO		SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL		RESIDENCIAL																	
HIDRÔMETRO Y10N197518		DATA LEIT. ANTERIOR 26/03/2018		DATA LEIT. ATUAL 25/04/2018																	
				TIPO DE CONSUMO (ARE) REAL																	
ÁGUA: 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																					
Qtd. de Água: www.conpesp.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																					
MÚLTA P/IMPONTUALIDADE 03/2018				0,98																	
JÚROS DE MORA 11/2017 12/2017				2,92																	
<table border="1"> <tr> <th>TRIBUTOS</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>PERCENTUAL (%)</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> </tr> <tr> <td>PTC</td> <td>41,30</td> <td>1,65</td> <td>0,68</td> </tr> <tr> <td>CONPES</td> <td>41,30</td> <td>7,00</td> <td>2,89</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td>3,57</td> </tr> </table>						TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO	PTC	41,30	1,65	0,68	CONPES	41,30	7,00	2,89				3,57
TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO																		
PTC	41,30	1,65	0,68																		
CONPES	41,30	7,00	2,89																		
			3,57																		

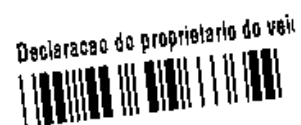
VENCIMENTO: 05/05/2018

TOTAL A PAGAR: 45,20

MENSAGEM:

MENSAGEM:
 EM 31/03/2018, REGISTRAMOS QUE V.SA.
 ESTAVA EM DEBITO COM A COMPESA CASO
 JA O TENHA PAGO, DESCONSIDERE ESTE AVISO.





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANCIELLA LOPES DA SILVA,
RG nº 5.721.984, data de expedição 16/03/2001,
Órgão _____, portador do CPF nº 033502204-95, 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 FANAS ES
Ano: 2009/2010
Placa: KLS3550
Chassi: 9C2JC4320AR004698
Data do Acidente: 20/05/2018
Local e Data: Floresta, 15 de Junho de 2018

Franciella 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



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francielis Lopes da Silva,
RG nº 5.121.984, data de expedição 16/03/2001
Órgão SB5, 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: motocicleta
Modelo: Honda/CG Fan 125 ES
Ano: 2009/2010
Placa: K25 3550
Chassi: 9C2J24120A2004698
Data do Acidente: 20/05/2018
Local e Data: Floresta 12 de Julho de 2018.

Francielis 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 / Mariete Fátima Simões Ferreira
Rua Alcides Torres de Araújo, 85 - Floresta - PE - CEP: 55400-400 - Fone/Fax: (81) 3871-1025 - e-mail: cartoriofloresta@yahoo.com.br

Reconheço Por Semelhança a firma de FRANCIELIS LOPES DA SILVA, doy fê:
Floresta-PE, 12/07/2018 14:05:09. Em testemunho da verdade,
MARIA DE FÁTIMA DE SA LEAL - SUBSTITUTA. Emol.: 3,59 TSNP: 0,80 FERC:
9,40 TOTAL: 4,79. Selo: 0075810.EX005201891.01203. Consulte a
autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.



Declaração do Proprietário do Veículo

3180295331

(71)

Eu, Francelia Lopes da Silva,

RG nº 5.721.984, data de expedição 16/03/2001,
Órgão SPS, 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 era
Adailton Lopes da Silva.

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda / CG Fan 325 CS

Ano: 2004/2010

Placa: KL5 3550

Chassi: 9C2JC42042904698

Data do Acidente: 20/09/2018

Local e Data: 07/08/2018 Floresta - PE

Declaração do proprietário do veic:



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) 3877-1026 - e-mail: cartoriofloresta@yahoo.com.br

Reconheço Por Autenticidade a firma de FRANCELIA LOPES DA SILVA, dou
fé. Floresta-PE, 07/08/2018, 09:59:41, Em testemunho de
verdade. KATIA DINIZ MARQUES PE SA - Escrevente. Emol.: 3,59 TSNR:
0,80 FERC: 0,40 TOTAL: 4,79. Selo: 0076B10.NFL05201801.03053.
Consulte a autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital.

Katia Diniz Marques de Sa

SEGURADORA LIDER IMPRINT DP2 13-AGO-2018 12:11 582483 1/1



ente: 000156148 ADAILTON LOPES DA SILVA

Telefone: (87) 99901-9895

erego: 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 ANDRÉ MELO BARRETO

ermaria/Apartamento: RESERVA

Especialidade: Médico ortopedista e traumatologista

HISTÓRICO CLÍNICO

Documentação médica - hospital



Doença: Fratura de fêmur
 Diagnóstico: Fratura de fêmur
 Tratamento: Cirurgia
 Evolução: Melhorando

Diag: Fratura fêmur

Ev. Intenso e fixado

Dr. André Barreto
 CRM: 9608
 RQE: 4538



HOSPITAL SAO VICENTE

Data do Atendimento: 26/05/2018		Nº Registro: 000156148	
Identificação 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	
Zona: ZONA RURAL	Cidade: FLORESTA	Estado: PE	Telefone: (87) 99901-9895
HISTÓRIA DA OCORRÊNCIA:			
Tipo de Acidente: []		Outros Acidentes: []	
Causa: []		Outros: []	
Nome do Acompanhante:		Telefone para Contato:	
Descrição da Ocorrência:			
AMNESE E EXAME FÍSICO <i>Posição supina M1E, lef- visão de face e de costas. Mucosa F. e língua, dor, mal-hálito fígado e supratentorial para M1E</i>			
Diagnóstico Inicial		<i>Fratura T32A B4E</i>	
V.D.T			
Diagnóstico Final			
INDICAÇÃO DE ALTA		MOTIVO DA ALTA	
Alta médica []	Alta a Pedido []	Data do Internamento: <i>27/6/18</i>	
Alta por prazo []	Transferência []	Data da Alta: []	
Alta por 48h []	Evasão []	Local: []	
Alta por 48h []	Indisciplina []	Assinatura: <i>Dr. André Barreto</i>	
Alta em: []		CRM: <i>PE 9605 TEC-4535</i>	
Data: []			



Nº do Procedimento:

Polyporus lenificus + fixus Sect. Tiliace

Data: 27/05/18

Início:

Término:

Cirurgião: *[Signature]*

1^o Auxiliar: Antonio

2° Auxiliar:

Anestesista: Recio

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Anestesiista: Mezidago

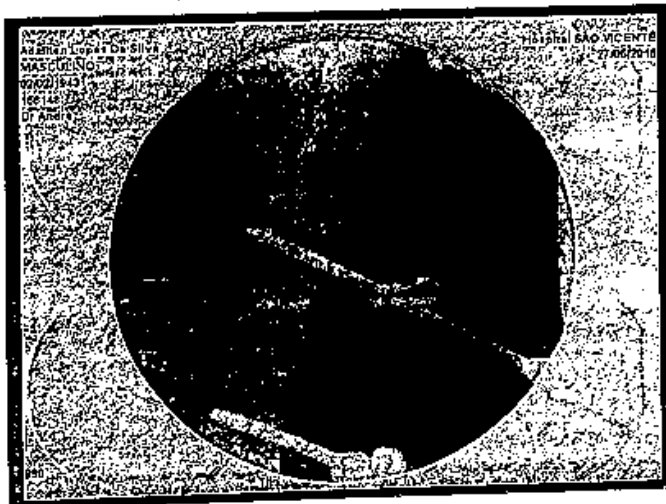
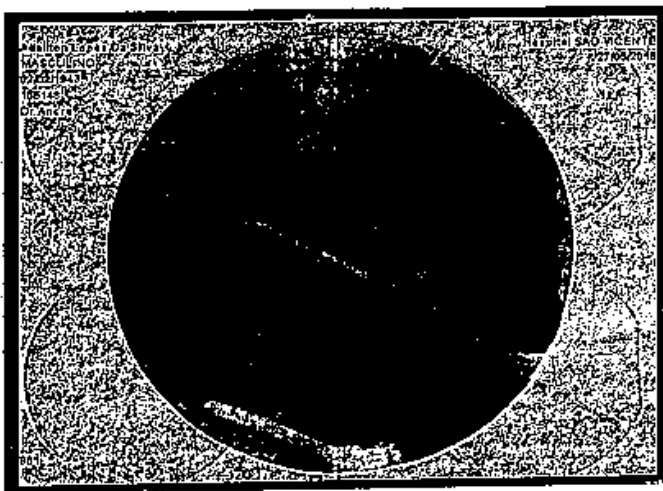
DESCRÇÃO CIRÚRGICA: Sob anestesia local
Assim como a M.E. Tumor
especial. Marginalizado por
falta de recursos e falta
de tempo, ulceração da fístula
superficial e fístula. Rachos
copiosos e profundos

Dr. Antônio Rodrigues -
Ortopedista - Traumatologista
CRM 7361 - CDE 654.562.037-57

Dr. André Barreto
Ortopedia-Traumatologia
CRM-PE 9608 TEOT-4538

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 posto do AIRI, Zona rural.

Foi atendido no hospital municipal de Floresta com o diagnóstico de fratura de tíbia 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, sequela 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.

Na 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 na decorrer dos dias.

Atenciosamente

Dr. Ricardo Bruno

Ricardo Bruno S.S. e Silva
Médico
CRM-PE: 23409

Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva

CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992

Serra Talhada, 26 de outubro de 2018

SEGURADORA LIDER DPVAT 012 13-100-2018 19:48 518902 1/1



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE ANTES BOM

ADAILTON LOPES DA SILVA

ASSINATURA DIGITAL

CARTÃO DE IDENTIDADE

02.02.1973

0722-0080

02/02/2003

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE ANTES BOM

ADAILTON LOPES DA SILVA

ASSINATURA DIGITAL

CARTÃO DE IDENTIDADE

02.02.1973

0722-0080

02/02/2003

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE ANTES BOM

ADAILTON LOPES DA SILVA

ASSINATURA DIGITAL

CARTÃO DE IDENTIDADE

02.02.1973

0722-0080

02/02/2003

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE ANTES BOM

ADAILTON LOPES DA SILVA

ASSINATURA DIGITAL

CARTÃO DE IDENTIDADE

02.02.1973

0722-0080

02/02/2003

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

0722

SEÇÃO

0080

MUNICÍPIO / UF

FLORESTA/PE

DATA DE EMISSÃO

20/02/2003

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

PÓLEGAR DIREITO

ADAILTON LOPES DA SILVA

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

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-Água de Fina - Floresta
Est. PE Data 02.02.1973
Filiação Genésio Lopes da Silva e de Terezinha Maria da Silva
Est. Civil Solteiro Doc. N° 5104
Fls. 80 Liv. 10 Reg. Civil Nas.
Outro doc.
Situação Militar: Doc.
N° Órgão Est.
Naturalizado Dec. N° Em/...../.....

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em
Doc. Ident. N° Exp. em/...../.....
Estado
Obs.
Data Emissão 27.03.91 DRT 92
Seabona
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.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME
FRANCELLA LOPEZ DA SILVA

FLORÉSTIA-PE

CPF / CNPJ
033.502.204-95

PLACA
RLS3550

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

VENC. / COTAS
1ª *****
2ª *****
3ª *****

PADUA / RUA
1

PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)
SEGURO PAGO

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

FLORÉSTIA

DATA
10/03/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 013935866479 BILHETE DE SEGURO DPVAT
FRANCELLA LOPEZ 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
RLS3550

RENOVAÇÃO
169201015

MARCA / MODELO
HONDA / CG 125 FAN ES

ANO FAB.
2009

CALDAF.
09

Nº CHASSI
3C2JC4120AR004698

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)
SEGURO PAGO

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ADAILTON LOPES DA SILVA

JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO





Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

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

SEGURADORA LIDER DPVAT - 022 24-01-2018 09:36 483735 1/1

Carta nº 13047053





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

Carta nº 13047246



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/05/2018

Titular do CPF: ADAILTON LOPES DA
SILVA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ADAILTON LOPES DA SILVA

Elen Tais Alves Pereira



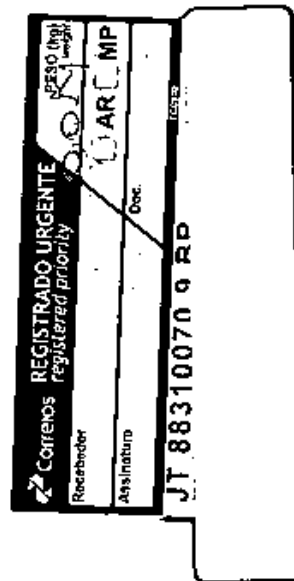
FINS QUE MINHA CONTA
E ESTÁ ATIVA CONFORME



Para : Delegada Liden

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

CEP: 20011-904



De: Maria Juvete
Rua: Brasil da Andrade
S/M Centro de Saúde Galhoda - PE
CEP: 56300-000.



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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ADAILTON LOPES DA SILVA

Elen Tais Alves Pereira

