



Número: **0031039-80.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/07/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE PEDRO DA SILVA (AUTOR)		RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A (REU)			
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71080319	16/11/2020 16:58	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190268022

Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA

Data do Acidente: 06/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA VALDELENA ALMEIDA DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE PEDRO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

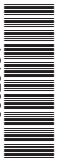
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14171070

Pag. 00261/00262 - carta_01 - INVALIDEZ

00020131





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

Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190268022

Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA

Data do Acidente: 06/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA VALDELENA ALMEIDA DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE PEDRO DA SILVA

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

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01429/01430 - carta_03 - INVALIDEZ

00040715



Carta nº 14172880





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

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190268022

Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA

Data do Acidente: 06/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA VALDELENA ALMEIDA DA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE PEDRO DA SILVA

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

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequelas definitivas, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00517/00518 - carta_04 - INVALIDEZ

00020259



Carta nº 14295383





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **098.037.434-06** Nome completo da vítima: **Jose Pedro da Silva**

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

Nome completo: **Jose Pedro da Silva** CPF: **098.037.434-06**
Profissão: **Trabalhador Rural** Endereço: **Rua Formosa** Número: **304** Complemento: _____
Bairro: **Centro** Cidade: **Portes** Estado: **PE** CEP: **55525-000**
E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: **Caixa Econômica**
AGÊNCIA: **4753** CONTA: **90390** **1**
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para a indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT;
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com a documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 8.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não se estende a qualquer futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2019

Caixa Seguradora S/A

Av. Rua da Bahia, 2400 - Recife - PE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: **Palmares 07.02.2019**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JOSE PEDRO DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

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





DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 ABR 2019
Gele Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 098.037.434-06 Nome completo da vítima: José Pedro da Silva

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

Nome completo: José Pedro da Silva CPF: 098.037.434-06

Profissão: Trabalhador Rural Endereço: Rua Formosa Número: 304 Complemento: _____

Bairro: Centro Cidade: Potes Estado: PE CEP: 55525-000

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

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

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4753 CONTA: 90390 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para a indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT;
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com a documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 8.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não se estende a qualquer futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2019

Caro Seguradora S/A

Assinatura do Representante Legal (se houver)
Recife - PE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data: Palmas 07.02.2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JOSÉ PEDRO DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura



DATA: 06/01/19

HORA: 09:27

C. SUS: 7003019359361230

PACIENTE

FONE: 984778849

NOME: José Pedro da Silva

Documento nº: 098037434-06

Genitora: Marlene da Silva

Data Nasc: 10/01/84

Idade: 32

Sexo: M

Cor: P

Endereço: R. Fátima N. 204

Bairro: _____

Ponto de Ref: _____

OCORRÊNCIA

Acidente de Trânsito ☐

Outros Acidentes ☐

Agressão ☐

Intoxicação c/ agrotóxicos ☐

Local da Ocorrência: _____

Acompanhamento: _____

Acidente de Trabalho ☐

Picada de Animais Peçonhentos ☐

Intoxicação Medicamentos ☐

Outras Causas ☐

ATENDIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL/MOTIVO

Paciente sofreu acidente no motorcicle
chega na unidade com trauma e CREPITACÃO.
NO tornozelo direito. Paciente encaminhado
PARA (UPA CAMARÁ).

Rx do tornozelo direito com fratura.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2019

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

PESO

TEMP

EXAME FÍSICO

PA

FC

FR



VERONILDA ALVES DE MARCEN FERREIRA

STANDARD & POPE CONSULTANTS
P.O. BOX 1000

CPF 099 506 884-82 NIS 16580624850

ALTO DO CAMPO/CORTES
CORTES PE
55525-000

BY RESIDENCIAL
DAVARREDA COMMS

CONTRA CONTATO

7026550844

DATA DE VENCIMENTO

29/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

MÉTODO

01/2019

DATA RECEBIMENTO PROVISÓRIO

19/02/2019

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
047827796	UNICA	22/01/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
22/01/2018	0014782815	0481038

32,50

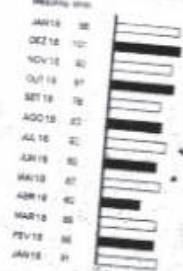
Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Contrib. Ium. Pública Municipal

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30.00000000	0.18089918	5.4
88.00000000	0.31010260	27.0
		8.0

TOTAL DA FATURA

VÍDEO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		CONSTANTE	AJUSTE	CONSILIO (NOM)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			
217000996	CA1	22/12/2019	1.285,00	22/12/2019	1.765,00	31	1.00000	96,00

THE UNIVERSITY OF CHICAGO



	BASE DE CÁLCULO	%
ICM	26.50	0.45
ICP	28.50	2.58

	R\$	11.93
Gerção de Energia	R\$	1,77
Transmissão	R\$	9,38
Distribuição (Custo)	R\$	2,60
Perdas de Energia	R\$	1,20
Encargos Setoriais	R\$	4,60
Tributos	R\$	26,89
Total	R\$	

8701 BASE 01FA ABCA 3F02 3F04 0400 0106

[illegible]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 APR 2019

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

[illegible]

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA																																																											
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO ALJOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93		 Grupo Neoenergia www.celpe.com.br																																																									
Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 116 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 Ouvidoria 0800 282 5599 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis																																																											
DADOS DO CLIENTE MARIA VALDELENA ALMEIDA DA SILVA CPF: 824.618.184-87 ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA CD QUILOMBO DOS PALMARES 5 QD- 11 PALMARES/PALMARES 55540-000 PALMARES PE As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"> DATA DE VENCIMENTO 25/03/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 147,41 </td> <td style="width: 33%;"> DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 18/03/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 18/03/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 054386362 </td> <td style="width: 33%;"> CONTA CONTRATO 007011381566 Nº DO CLIENTE 2601394241 Nº DA INSTALAÇÃO 0005621008 </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> RESERVADO AO FISCO 9E1F.58A2.DE68.3F13.0C03.3F00.FE98.3CD6 </td> </tr> </table>		DATA DE VENCIMENTO 25/03/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 147,41	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 18/03/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 18/03/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 054386362	CONTA CONTRATO 007011381566 Nº DO CLIENTE 2601394241 Nº DA INSTALAÇÃO 0005621008	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico			RESERVADO AO FISCO 9E1F.58A2.DE68.3F13.0C03.3F00.FE98.3CD6																																																	
DATA DE VENCIMENTO 25/03/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 147,41	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 18/03/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 18/03/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 054386362	CONTA CONTRATO 007011381566 Nº DO CLIENTE 2601394241 Nº DA INSTALAÇÃO 0005621008																																																									
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico																																																											
RESERVADO AO FISCO 9E1F.58A2.DE68.3F13.0C03.3F00.FE98.3CD6																																																											
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>QUANTIDADE</th> <th>PREÇO</th> <th>VALOR (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo(kWh)</td> <td>171,39</td> <td>0,75250324</td> <td>128,97</td> </tr> <tr> <td>Contrib. Ilum. Pública Municipal</td> <td></td> <td></td> <td>14,26</td> </tr> <tr> <td>ICMS Subvenção-CDE-NF 046824416 - 16/01/19</td> <td></td> <td></td> <td>0,85</td> </tr> <tr> <td>Multa por atraso-NF 046824416 - 16/01/19</td> <td></td> <td></td> <td>1,53</td> </tr> <tr> <td>Juros por atraso-NF 046824416 - 16/01/19</td> <td></td> <td></td> <td>1,19</td> </tr> <tr> <td>Atualização IGPM-NF 046824416 - 16/01/19</td> <td></td> <td></td> <td>0,81</td> </tr> <tr> <td>TOTAL DA FATURA</td> <td></td> <td></td> <td>147,41</td> </tr> </tbody> </table>				DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	Consumo Ativo(kWh)	171,39	0,75250324	128,97	Contrib. Ilum. Pública Municipal			14,26	ICMS Subvenção-CDE-NF 046824416 - 16/01/19			0,85	Multa por atraso-NF 046824416 - 16/01/19			1,53	Juros por atraso-NF 046824416 - 16/01/19			1,19	Atualização IGPM-NF 046824416 - 16/01/19			0,81	TOTAL DA FATURA			147,41																								
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)																																																								
Consumo Ativo(kWh)	171,39	0,75250324	128,97																																																								
Contrib. Ilum. Pública Municipal			14,26																																																								
ICMS Subvenção-CDE-NF 046824416 - 16/01/19			0,85																																																								
Multa por atraso-NF 046824416 - 16/01/19			1,53																																																								
Juros por atraso-NF 046824416 - 16/01/19			1,19																																																								
Atualização IGPM-NF 046824416 - 16/01/19			0,81																																																								
TOTAL DA FATURA			147,41																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4">INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS</th> </tr> <tr> <th colspan="2">ICMS</th> <th colspan="2">PIS</th> <th colspan="2">COFINS</th> </tr> <tr> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>128,97</td> <td>25,00</td> <td>32,24</td> <td>128,97</td> <td>1,01</td> <td>1,30</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1,30</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>4,68</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>6,03</td> </tr> </tbody> </table>				INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS				ICMS		PIS		COFINS		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	128,97	25,00	32,24	128,97	1,01	1,30						1,30						4,68						6,03																
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS																																																											
ICMS		PIS		COFINS																																																							
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO																																																						
128,97	25,00	32,24	128,97	1,01	1,30																																																						
					1,30																																																						
					4,68																																																						
					6,03																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Tarifas Aplicadas</th> <th colspan="2">HISTÓRICO DO CONSUMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo(kWh)</td> <td>0,321394006</td> <td>MAR 19</td> <td>171</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>FEV 19</td> <td>111</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JAN 19</td> <td>106</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>DEZ 18</td> <td>117</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>NOV 18</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>OUT 18</td> <td>114</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>SET 18</td> <td>131</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>AUG 18</td> <td>134</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JUL 18</td> <td>172</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JUN 18</td> <td>174</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>MAY 18</td> <td>183</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>ABR 18</td> <td>207</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>MAR 18</td> <td>173</td> </tr> </tbody> </table>				Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO		Consumo Ativo(kWh)	0,321394006	MAR 19	171			FEV 19	111			JAN 19	106			DEZ 18	117			NOV 18	99			OUT 18	114			SET 18	131			AUG 18	134			JUL 18	172			JUN 18	174			MAY 18	183			ABR 18	207			MAR 18	173
Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO																																																									
Consumo Ativo(kWh)	0,321394006	MAR 19	171																																																								
		FEV 19	111																																																								
		JAN 19	106																																																								
		DEZ 18	117																																																								
		NOV 18	99																																																								
		OUT 18	114																																																								
		SET 18	131																																																								
		AUG 18	134																																																								
		JUL 18	172																																																								
		JUN 18	174																																																								
		MAY 18	183																																																								
		ABR 18	207																																																								
		MAR 18	173																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4">DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL</th> </tr> <tr> <th>NÚMERO DO MEDIDOR</th> <th>TIPO DA FUNÇÃO</th> <th>ANTERIOR</th> <th>ATUAL</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>DATA</th> <th>DATA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000182680116</td> <td>CAT</td> <td>1482/2019 296,08</td> <td>18/03/2019 570,00</td> </tr> </tbody> </table>				DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL				NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL			DATA	DATA	00000000182680116	CAT	1482/2019 296,08	18/03/2019 570,00																																								
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL																																																											
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL																																																								
		DATA	DATA																																																								
00000000182680116	CAT	1482/2019 296,08	18/03/2019 570,00																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="5">DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES</th> </tr> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>CONJUNTO</th> <th>VALOR APURADO</th> <th>META MENSAL</th> <th>META TRIM.</th> <th>META ANUAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">jan/2019</td> </tr> <tr> <td>DC-No.de horas sem Energia</td> <td>PALMARES</td> <td>0,00</td> <td>11,30</td> <td>32,81</td> <td>45,32</td> </tr> <tr> <td>FC-No.de vezes sem Energia</td> <td></td> <td>0,00</td> <td>7,82</td> <td>15,84</td> <td>31,38</td> </tr> <tr> <td>DMC-Duração máxima de Interrupção contínua</td> <td></td> <td>0,00</td> <td>5,19</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: right;">Limite DCR: 15,00</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> DCR-Duração de interrupção em dia crítico DCR-Valor do Degrado de Uso = R\$ 47,18 Cada Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DC, FC, DMC e DCR a qualquer tempo. </td> </tr> </tbody> </table>				DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES					DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL	jan/2019						DC-No.de horas sem Energia	PALMARES	0,00	11,30	32,81	45,32	FC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,82	15,84	31,38	DMC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	5,19	0,00	0,00	Limite DCR: 15,00						DCR-Duração de interrupção em dia crítico DCR-Valor do Degrado de Uso = R\$ 47,18 Cada Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DC, FC, DMC e DCR a qualquer tempo.														
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES																																																											
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL																																																						
jan/2019																																																											
DC-No.de horas sem Energia	PALMARES	0,00	11,30	32,81	45,32																																																						
FC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,82	15,84	31,38																																																						
DMC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	5,19	0,00	0,00																																																						
Limite DCR: 15,00																																																											
DCR-Duração de interrupção em dia crítico DCR-Valor do Degrado de Uso = R\$ 47,18 Cada Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DC, FC, DMC e DCR a qualquer tempo.																																																											
INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você! Jose vlei de brito - no r Nelson garanhon 333 leito e cama rosa / panificadora 3 irmãos. av. joao olavo da silva 199 nova palmarela lista completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pague, em atraso, multa 2% (Res. 414/ANEEL), Juros 1% (Lei 10.438/03) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.																																																											
DESTAQUE AQUI																																																											
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO																																																								
007011381566	03/2019	147,41	25/03/2019																																																								
TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.																																																											
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																																																											
838700000010 474100110075 011381566108 137891341531																																																											
																																																											



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

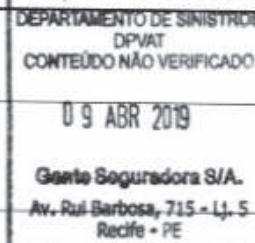
Pelo exposto, eu Maria Valdekna Almeida da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 62468 184 / 87 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
João Pedro da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 098037434 06
do sinistro de DPVAT cobertura Inclusão da Vítima João Pedro da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 098037434 06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>CD Quilombo do Patamares</u>	Número: <u>9</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Patamares</u>	Cidade: <u>Patamares</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>55540-000</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data: Patamares 08/04/2019

Maria Valdekna Almeida da Silva
Assinatura do Declarante



DLDR.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Gilberto dos Santos,
RG nº 4.229.617, data de expedição 16/12/1998
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 757.163.804-68, com
domicílio na cidade de Cortês, no Estado de
Pernambuco, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Jaime Rodrigues, nº 3A,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jose Pedro da Silva cujo o condutor era
Jose Pedro da Silva.

Veículo: PAS motocicleta
Modelo: Honda CG-150 tan esdi
Ano: 2012
Placa: PFK-8902
Chassi: 9CRK C1680CR 429986
Data do Acidente: 06/01/19
Local e Data: Cortês 22/02/2019

Cartório Cortês

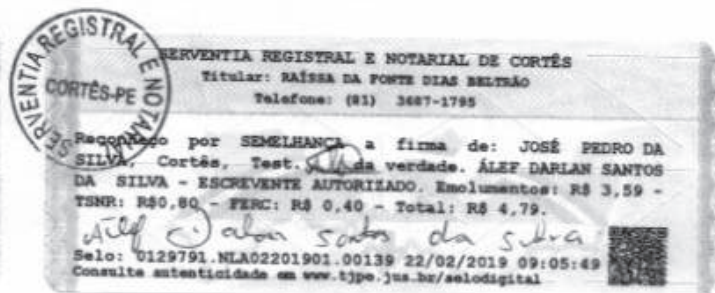
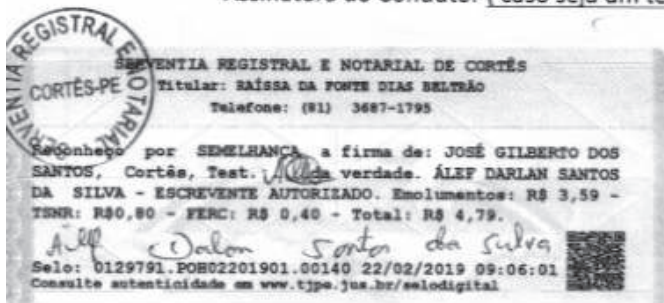
Jose Gilberto dos Santos
Assinatura do Declarante

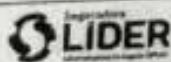


Cartório Cortês

JOSÉ PEDRO DA SILVA

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





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios; de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4000 1536 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouidoria: 0800 021 91 25

Eu, JOSE GILBERTO DOS SANTOS

RG nº 4.299.617, data de expedição 16/12/98

Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 454.163.804-68,

com domicílio na cidade de Cortês, no Estado de

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

Rua Jaione Rodrigues, nº 03,

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

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

JOSE PEDRO DA SILVA, cujo o condutor era

JOSE PEDRO DA SILVA

Veículo: Motocicleta Modelo: Honda/CG150 Fan Est Ano: 2012

Placa: PFK 8902 Chassi: 9C9KC1680CR429986

Data do Acidente: 06/01/19



06 MAI 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Grças - Recife/PE CEP: 52011-0

Local e Data: Cortês 23 de Abril de 2019

JOSE GILBERTO DOS SANTOS

Assinatura do Declarante

JOSE PEDRO DA SILVA

Assinatura do Condutor

(Assinatura de um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



REPRESENTAÇÃO REGISTRAL E NOTARIAL DE CORTÊS
TITULAR: RAÍSSA DA FONSECA DIAS SILVA
Telefone: (81) 3687-1708

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de: JOSE GILBERTO DOS SANTOS, Cortês, Test. JOSE PEDRO DA SILVA de verdade. ALEF CARLAN SANTOS DA SILVA - ESCRIVÃO AUTORIZADO, ao Cartório: R\$ 3,59 - INMR: R\$ 0,80 - FERC: R\$ 0,40 - Total: R\$ 4,79.

JOSE PEDRO DA SILVA
Data: 01/05/2019 09:09:50
Consulta autenticidade em www.tjpe.jus.br/validadigital

Scanned with CamScanner



DATA: 06/01/19

HORA: 09:27

C. SUS: 7003019359361230

PACIENTE

FONE: 984778849

NOME: José Pedro do Silva

Documento nº: 098037434-06

Genitora: Marlene da Silva

Data Nasc: 10/01/84

Idade: 32

Sexo: M

Cor: P

Endereço: R. Figueira N. 204

Bairro: _____

Ponto de Ref: _____

OCORRÊNCIA

Acidente de Trânsito ☐

Outros Acidentes ☐

Agressão ☐

Intoxicação c/ agrotóxicos ☐

Local da Ocorrência: _____

Acompanhamento: _____

Acidente de Trabalho ☐

Picada de Animais Peçonhentos ☐

Intoxicação Medicamentos ☐

Outras Causas ☐

ATENDIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL/MOTIVO

Paciente sofreu acidente no motorcicle
chega na unidade com trauma e CREPITACÃO.
NO tornozelo direito. Paciente encaminhado
PARA (UPA LAZARUS).

Rx do tornozelo direito com fratura.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2019

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

PESO

TEMP

EXAME FÍSICO

PA

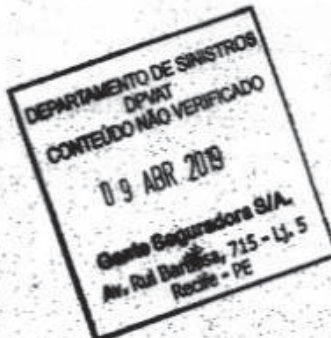
FC

FR



EVOLUÇÃO / PRESCRIÇÃO / CONSULTA / EXAMES
MÉDICO (A)

@ UOLTAZ em 01/04/19



CONSULTA / DIAGNÓSTICO / PRESCRIÇÃO / EVOLUÇÃO / AVALIAÇÃO / EXAMES
ENFERMEIRO (A)

HD / INICIAL

Re (fratura do tornozelo) @

DATA/HORA/ATENDIMENTO

06/01/19

*HD / FINAL

DATA / HORA / ALTA

FATURAS / SIA/ SUS

CONSULTA SIMPLES ()

CONSULTA C/ TERAPIA ()

CONSULTA C/ OBSERVAÇÃO ()

PROCEDIMENTO _____

MÉDICO(A)/ASSINATURA/CARIMBO

Dr. Kyrlos Felipe Elias
Médico
CRM-PE-24898

ENFERMEIRO(A)/ASSINATURA/CARIMBO





Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

CONTROLE DE ALTA

Nome: **JOSE PEDRO DA SILVA**

Atendimento: 01193185

Data Nascimento: 10/01/1987

Idade: 31 Anos, 11 Meses e 27 Dias

Prontuário: 00467489

ALTA DOMICÍLIO: ☐

ALTA TRANSFERÊNCIA: ☐

ALTA AMBULATÓRIO: ☒

RETORNO: ☒ 10 DIAS

ALTA ENCAMINHADO PARA ACOMPANHAMENTO COM O ORTOPEDISTA
DO MUNICÍPIO DE ORIGEM: ☒

Caruaru, 06 DE JANEIRO DE 2019

Hora: 15:37

Dr. Raimundo Honorato da S. Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 20136 - SBOT/TEOT 15.308

Ass. e carimbo do Médico

Dr.(a): **RAIMUNDO HONORATO DA SILVA JUNIOR**
CRM - 20136

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2019

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

Av. José Marques Fontes, S/N
Bairro: Indianópolis - Cidade: Caruaru/PE - CEP: 55026-530





SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES BRUNO FERNANDES BAGAÇÃES



RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

JOSE PALMA DA SILVA

Reg. Nº

Clínica:

Enferm.

lesão no ombro



coluna com o fratura por
trauma no ombro em fratura
no antebraço lateral direito
com fratura comminada.

com: 5 826. RG 7951763.

Dr. Felipe Xavier

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM 22.241/PE nº 5359

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Data:

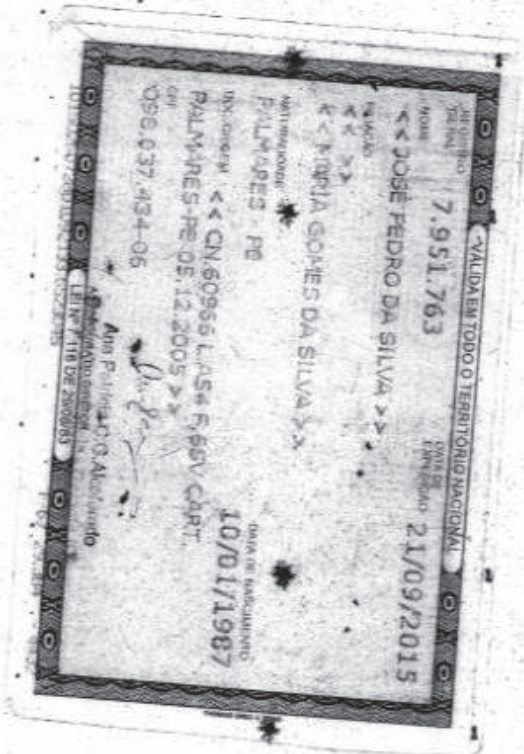
Eng. Quilombo dos Palmares, BR 101, Km 185
Palmares-PE
www.hrpalmars.com.br
081 3661 8430

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2019

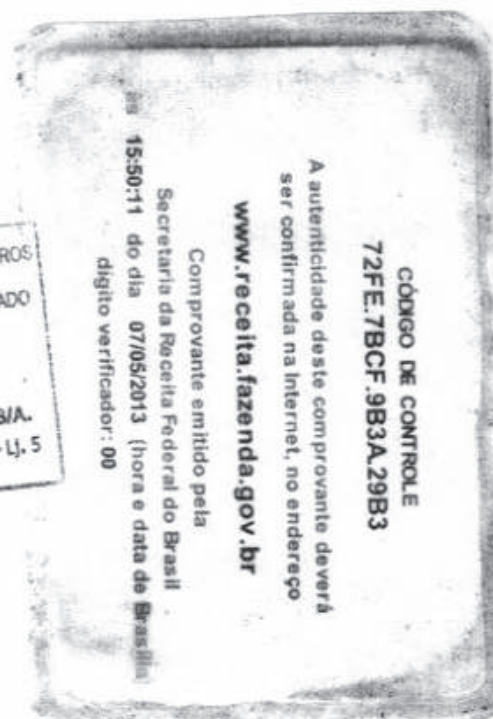
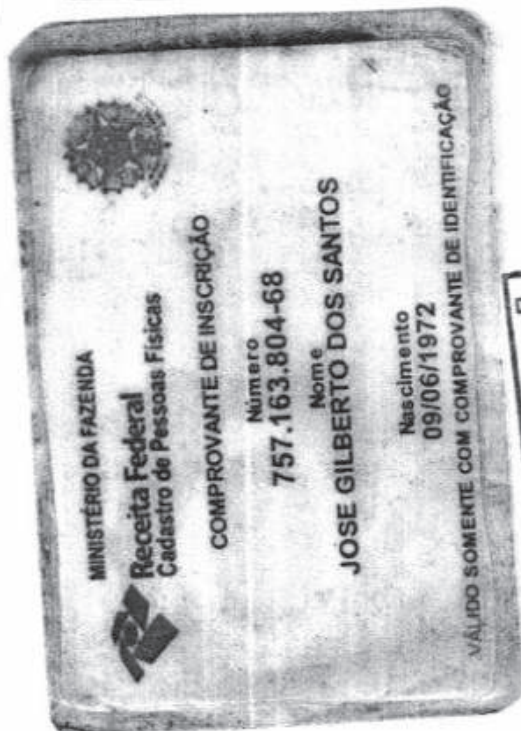
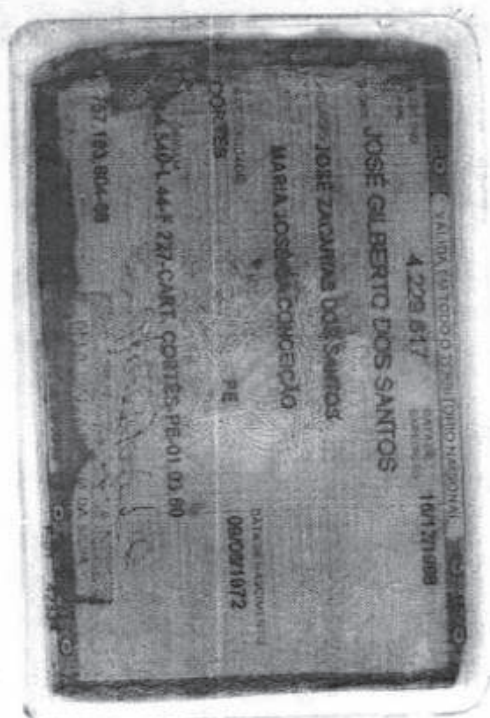
Garte Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE





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

Outro



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190268022

Cidade: Cortês

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA

Data do acidente: 06/01/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO. (P1,4)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P4)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Jose Pedro da Silva, Brasileiro(a), estado Civil solteiro, profissão Indicada, residente e domiciliado à Rua Romosa, nº 204, bairro Centro, Município de Portes, Estado PE, cep 55525-000, Rg nº 7.951.763, órgão emissor SDS/PE e CPF nº 098.037.434-06

Outorgado(a): Maria Valdelena Almeida da Silva, inscrito(a) no CPF sob o nº 624.618.184-87, Carteira de Identidade nº 2.875.652, órgão emissor SSP-PE, estado civil: divorciada, Assistente Social, registro nº 7713, com endereço na Rua: CD Quilombo dos Palmares, 9 QD 11, Palmares, Cep: 55540-000, Palmares-PE.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) Outorgado (a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer

Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Jose Pedro da Silva, ocorrido em 06/01/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a) dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante junto a seguradora Líder dos consórcios DPVAT, podendo, para tanto, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste mandato.

Quinta Feira, 07 de Fevereiro de 2019

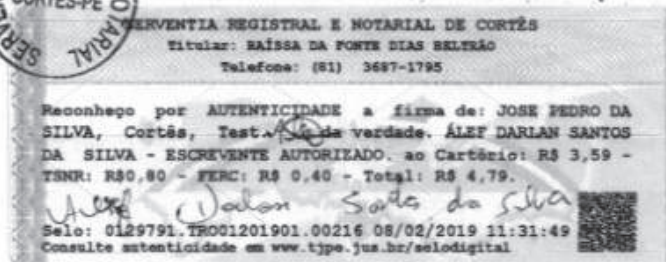
Cartório Cortês

JOSE PEDRO DA SILVA

Outorgante



Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdade



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121750/19

Número do Sinistro: 3190268022

Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA

CPF: 098.037.434-06

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE PEDRO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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: 06/05/2019
Nome: MARIA VALDELENA ALMEIDA DA SILVA
CPF: 624.618.184-87

MARIA VALDELENA ALMEIDA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/05/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

