
Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190597984

Vítima: MARCOS JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 22/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCOS JOSE 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



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190597984

Vítima: MARCOS JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 22/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARCOS JOSE DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 22/05/2019, emitido pelo Dr. JOSIVAL OLIVEIRA CRM nº 201888 - PE, da Instituição HOSPITAL MUNICIPAL JOSE VERISSIMO DE SOUZA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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:

054.925.094-89

Nome completo da vítima:

Manoel José da Silva

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

Nome completo:

Manoel José da Silva

CPF:

054.925.094-89

Número:

15

Complemento:

CEP:

55460-000

Tel. (DDD):

(81) 9.9258-3087

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

4052

CONTA:

15 104

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Cupira 20/08/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

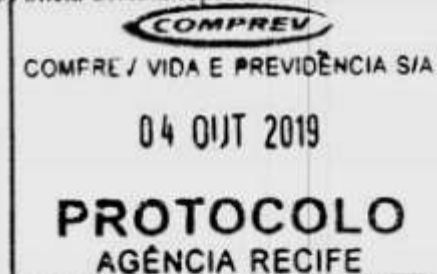
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: **COMPREV**
CPF: **VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**
2ª Nome: **04 OUT 2019**
CPF: **PROTÓCOLO**
AGÊNCIA RECIFE
Assinatura

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 094ª CIRCUNSCRIÇÃO - CUIRA - DP94ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0184000581**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/06/2019** às **15:02**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **22/5/2019** às **16:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CUIRA, 01, ESTRADA DE GRAVATACU, BAIRRO CENTRO - CUIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MARCOS JOSE DA SILVA (AUTOR \ AGENTE)
JUCELIA MARINES DA SILVA MELO (OUTRO)
MARCOS JOSE DA SILVA. (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

MARCOS JOSE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA MARINES MELO DA SILVA
Pai: **JOSE TEIXEIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **4/12/1984** Naturalidade: **JAÚ / SÃO PAULO / BRASIL** Documentos: **7062765/SDS/PE (RG), 05492509489 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 8191929649**

Endereço Residencial: **RUA JOSE CANDIDO DE MENEZES, 15 - CEP: 0 - Bairro: NOVO HORIZONTE - CUIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

JUCELIA MARINES DA SILVA MELO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA MARINES MELO DA SILVA Data de Nascimento: **18/5/1987** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MARCOS JOSE DA SILVA. - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JUCELIA MARINES DA SILVA MELO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCOS JOSE DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDD9520** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2JC4830JR037061**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DP A VITIMA INFORMANDO QUE PILOTAVA UMA MOTOCICLETA HONDA BIZ BRANCA DE PLACA PDD9520 NA ZONA RURAL DA CIDADE DE CUPIRA QUANDO EM UM BURACO PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU SENDO SOCORRIDO POR POPUARES ATE O HOSPITAL DA CIDADE CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO N 139101 DO HOSPITAL DE CUPIRA APRESENTADA NA CONFEÇÃO DESTE BOLETIM QUE DA CONTA DE UMA QUEDA DE MOTO COM FRATURA NO BRAÇO ESQUERDO DA VITIMA.

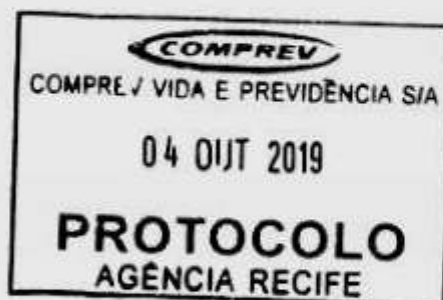
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Marcos José da Silva

MARCOS JOSE DA SILVA
(AUTOR \ AGENTE)

Gilliard Geraldino de Souza

B.O. registrado por: **Gilliard Geraldino de Souza** - Matrícula: **3866386**



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:

054.925.094-89

Nome completo da vítima:

Marcos José da Silva

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

Nome completo:

Marcos José da Silva

CPF:

054.925.094-89

Número:

15

Complemento:

CEP:

55460-000

Tel. (DDD):

(81) 9.9258-3087

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

4052

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

15 104

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Cupira 20/08/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: **COMPREV**
CPF: **VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**
2ª Nome: **04 OUT 2019**
CPF: **PROTÓCOLO**
AGÊNCIA RECIFE
Assinatura

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



Tarifa Social de Energia Elétrica

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | INSC. EST. 0005943-02 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA CRISTIANE ALVES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOSE CANDIDO DE MENEZES 15

CPF: 062.678.504-98 NIS: 18397848389

NOVO HORIZONTE/CUPIRA
CUIRA PE
55400-000

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

CÓDIGO CONTRATO: 7028415425
MÊS/ANO: 04/2019
DATA DE VENCIMENTO: 18/04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$): 24,81

Nº DA NOTA FISCAL	USUÁRIO	EMISSÃO
057639511	UNICA	11/04/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
11/04/2019	201800072	1010242

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abaixo de 30 kWh	30,0000000	0,19071868	5,72
Consumo Abaixo superior a 30 até 100 kWh	44,0000000	0,32664269	14,38
Contrib. Ilum. Pública Municipal			0,81
Multa por atraso NF 050312384 - 12/02/19			0,31
Juros por atraso NF 050312384 - 12/02/19			0,22
Atualização IGP-I/NF 050312384 - 12/02/19			0,27

TOTAL DA FATURA

24,81

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
08384	CAT	15/03/2019	18.380,00	11/04/2019	18.380,00	27	1,00000		14,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês Ano kWh
ABR 19 74
MAR 19 81
FEV 19 82
JAN 19 58
DEZ 18 76
NOV 18 88
OUT 18 88
SET 18 88
AGO 18 47
JUL 18
JUN 18
MAY 18
ABR 18

UTILIZAÇÕES DE DISTRIBUIDOR

BANDEIRA	CALCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	20,10	1,36	0,27
COPONS	20,10	8,21	1,24

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%	VALOR
Geração de Energia	15	6,02	40,89%
Transmissão	15	1,28	3,37%
Distribuição (Custos)	15	5,38	26,85%
Perdas de Energia	15	1,87	9,30%
Energia Solarizada	15	0,96	4,39%
Tributos	15	1,31	7,51%
Total	25	25,18	100%

TAXAS APLICADAS

Consumo Abaixo de 30 kWh	0,19071868
Consumo Abaixo superior a 30 até 100 kWh	0,32664269

SUBSCRIÇÃO AO PREÇO

3700 995E 0E4F 345C 0B5D EC18 0098 F5A0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

As tarifas de energia elétrica em vigor são as vigentes. Para informações, consulte o site www.celpe.com.br. O cliente é responsável por manter a conexão elétrica em bom estado. Caso haja interrupção no fornecimento de energia, o cliente deve avisar imediatamente a CELPE. A tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores de baixa renda, conforme definido no Art. 6º da Lei nº 4.302/2002 e no Art. 6º da Lei nº 10.438/2002. A tarifa social de energia elétrica é concedida aos consumidores de baixa renda, conforme definido no Art. 6º da Lei nº 4.302/2002 e no Art. 6º da Lei nº 10.438/2002. A tarifa social de energia elétrica é concedida aos consumidores de baixa renda, conforme definido no Art. 6º da Lei nº 4.302/2002 e no Art. 6º da Lei nº 10.438/2002.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ATRASO

EM ATÉ 15 DIAS, SEM INTERFERIR NA CAUSALIDADE

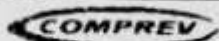
Vencido	Debitado	Valor	Vencido	Debitado	Valor
22/03/19	11/04/19	18,83			

Este comunicado NÃO substitui o envio de cobranças e nem a cobrança de juros e multa. O cliente é responsável por manter a conexão elétrica em bom estado. Caso haja interrupção no fornecimento de energia, o cliente deve avisar imediatamente a CELPE. A tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores de baixa renda, conforme definido no Art. 6º da Lei nº 4.302/2002 e no Art. 6º da Lei nº 10.438/2002.

PERÍODO DE PRESENCIA DAS INTERFERÊNCIAS					PERÍODO DE TOLERÂNCIA		
CONSUMO	VALOR APLICADO (R\$ 2019)	LEITE ANUAL	LEITE TRIMESTRAL	LEITE ANUAL	TOLERÂNCIA (R\$)	LEITE DE VARIAÇÃO (R\$)	LEITE ANUAL
Set	0,00	0,03	1,08	24,12	370	202	201
Out	0,00	0,42	0,80	13,75			
Nov	0,00	0,84	0,20	0,00			

Linha 000: 12,22

BUSD - Valor do Encargamento de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 9,45



COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

04 OUT 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

AUTORIZADO POR RESOLUÇÃO AGÊNCIA REGULATÓRIA

Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Jucélia Marinos da Silva,
RG: 4337857, data de expedição 06/05/2019
Órgão SS/PE, portador do CPF 062 759 454 94, com
domicílio na cidade de Cupira, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada)
Eliomino Guedes, nº 122,
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 Marcelo José da Silva,
cujo o conduto era Michael José da Silva.
Veículo: Moto

Modelo: Biz 125

Ano: 2018

Placa: PD 9520

Chassi: 9E2JC48307R037061

Data do Acidente: 22.05.2019

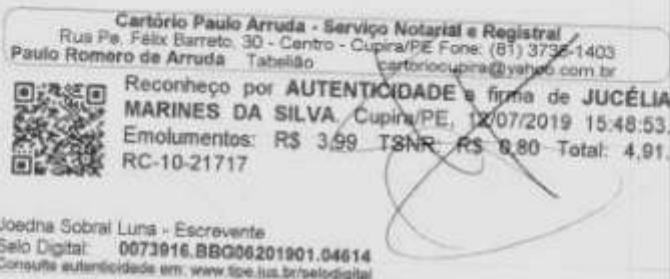
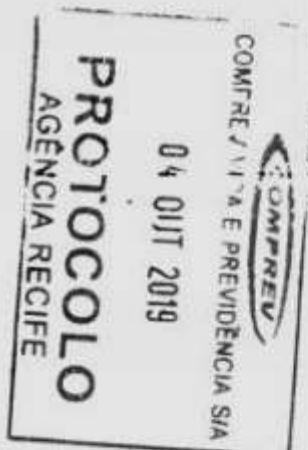
Local e data do cartório: Cupira, 12/07/19

Jucélia Marinos da Silva

Assinatura do Declarante

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade I



FICHA DE ATENDIMENTO

FICHA DE ATENDIMENTO: 139101 IDADE: 34 ano(s) 5mês(es) 18 dia(s).

NOME: MARCOS JOSE DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 04/12/1984

SEXO: M

MÃE: MARIA MARINES MELO DA SILVA

CIDADE: CUPIRA

ENDEREÇO: RUA DESEMBARGADOR FELISMINO GUEDES Nº 118

BAIRRO: CENTRO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO (A)

DOCUMENTO: SUS 700408568113150

PROFISSÃO: AGRICULTOR

TÉCNICO: _____

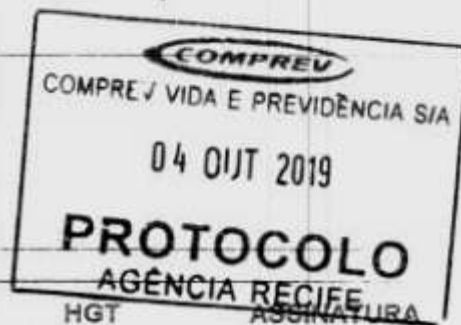
ENFERMEIRO: _____

MÉDICO: _____

ÚLTIMOS ATENDIMENTOS

DATA:	ATENDIMENTO Nº	MOTIVO
22/05/2019	139101	ACIDENTE DE MOTO
11/04/2016	21203	CONSULTA

INFORMAÇÕES



HORÁRIO	PA	TEMPERATURA	PULSO	PESO	HGT	ASSINATURA
14h09						

Queixas / Diagnóstico:

Queda de moto com
contusões no braço e.

Tratamento:

5% i/ - 100ml
trauma do - Amp
Dipirona
amp 100ml

Exames Complementares:

Impressão diagnóstica:

Contusões cotovelo
esquerdo.

Outras Informações:

Motivo da Saída: ☒ Residência ☐ Internado ☐ Encaminhado: _____

☐ Curativo ☐ Nebulização ☐ Med. Básico ☐ Med. Espec. ☐ Retirada de Ponto

☒ Urgência Básica ☐ Urgência Especializada ☐ Observação Básica ☐ Observação Especializada

Assinatura do Técnico: _____

Assinatura do Médico: _____

22/05/2019 17:02:23

Trayná de Lima Lima
Téc. Enfermagem
CRENEPE 001.163.225

Dr. João Roberto de Oliveira
MÉDICO
CRENEPE 20.188

SISRB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
28/08/2019 - Autocalendário - 12:17:25
105274536 0672

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPÓSITO EM POUPANÇA - DINHEIRO

FAVORECIDO:	MARCOS JOSE DA SILVA
AGÊNCIA:	1052-9
CONTA:	15.104-1
VARIAÇÃO:	51
VALOR +	10,00
NR. ENVELOPE	2.727.263.904

Assinado em 28/08/2019 na Agência 1052-9.

DECLARO-ME CIENTE E DE ACORDO QUE OS
CREDITOS EM POUPANÇA ACUMULADOS A PARTIR
DE 04/05/2012 ESTÃO DISCIPLINADOS
PELA MEDIDA PROVISÓRIA 567/2012.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DE ADMINISTRAÇÃO DO DEBITO PÚBLICO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
MARCOS JOSE DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
7062765 RDE PE

CPF
054.925.094-89

DATA NASCIMENTO
04/12/1984

FILIAÇÃO
JOSE TEIXEIRA DA SILVA

MARIA MARINES MELO DA SILVA

PERMISSÃO
PROVISÓRIA

ACC
PROVISÓRIA

CAC HAB
3,3

Nº REGISTRO
83951478870

VALIDADE
09/10/2023

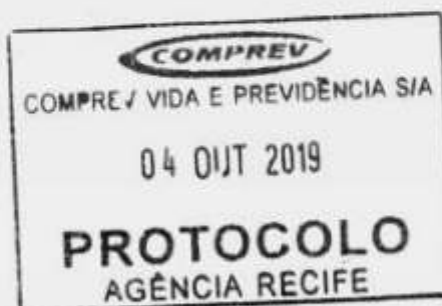
1ª HABILITAÇÃO
13/10/2006

1485564310

PROIBIDO PLASTIFICAR

1485564310

PERNAMBUCO





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PE		Nº 014803819226	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	RAT. R.C.	EXERCÍCIO
1	1167222820	*****	2019
NOME			
JUCÉLIA MARINES DA SILVA MELO			
CUIRÁ-PE			
CPF / CNPJ		PLACA	
062.759.454-94		PDD9520	
PLACA ANT. / UF		CHASSI	
***** PE		9C2JC4839JR037061	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS / MOTOCICLETA		ALCO/CASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/BIZ 125		2018	2018
CAP / POT / CIL		COR PREDOMINANTE	
2P/124CL		DARCA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
IPVA 2019 QUITADO		1ª	*****
FAIXA IPVA		2ª	*****
1		3ª	*****
PREMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)
80.11		0.32	84.58
		DATA DE PAGAMENTO	
		15/03/19	
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
CUIRÁ		LOCAL	DATA
Ribeirão Preto			16/03/19
ROBERTO CARLOS MOREIRA FONTelles			
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE			

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
04 OUT 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO
7.337.857	04/06/2009
NOME	
<< JUCÉLIA MARINES DA SILVA MELO >>	
FILIAÇÃO	
<< JOSÉ TEXEIRA DA SILVA >>	
<< MARIA MARINES MELO DA SILVA >>	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
JAU - SP	18/05/1987
EXCERTE	
<< CC/1592 L.805 F.100 CART. CUIRÁ-PE 19.02.2008 >>	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 116 DE 29/05/83	
F-34 65.428 - 4331	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190597984 **Cidade:** Cupira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 22/05/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO COTOVELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0346180/19

Vítima: MARCOS JOSE DA SILVA

CPF: 054.925.094-89

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 22/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCOS JOSE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCOS JOSE DA SILVA : 054.925.094-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/10/2019
Nome: MARCOS JOSE DA SILVA
CPF: 054.925.094-89

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

MARCOS JOSE DA SILVA

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA