



Número: **0046522-53.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 27ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **01/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RICARDO MARTINS DA SILVA (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72478587	14/12/2020 14:21	ANEXO 1	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **RICARDO MARTINS DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180417839**

Vítima: **RICARDO MARTINS DA SILVA**

Data do Acidente: **16/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180417839**.

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 13346009

Pag. 00501/00502 - carta_01 - INVALIDEZ





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site: <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASE

CPF da Vítima

035.352.164-78

Nome completo da vítima

Ricardo martins da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo
Ricardo martins da Silva
Endereço
Rua Luiz Gonzaga
Nova Gama
Gama
E-mail
arbitraria.gama@gmail.com

CPF titular da conta
035.352.164-78

Profissão

recusou

Número
280

Estado
PE

CPF
55900-000

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Seguir, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> NÃO INFORMAR	SEM RENDA	ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
R\$ 0,01 ATÉ R\$ 5.000,00	R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 11.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Banco (033) BANCO DO BRASIL (001) ITAU (341)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA ECONOMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA 0774	CONTA 013	AGÊNCIA 4753	CONTA 9
(informar dígito verificador)		(informar dígito verificador)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Gama 08 de junho de 2018

Ricardo Martins da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ARUANA SEGUROS
02 JUL 2018





AUTO-ATENDIMENTO - AG GOIÂNIA PE

DATA: 07/06/2018

HORA: 21:35:58

TERMINAL: 07741486

CONTROLE: 077414861028

AGÊNCIA: 0774 - GOIÂNIA

CONTA: 013.00004753-9

CLIENTE: RICARDO MARTINS DA SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

0,00

SALDO DISPONÍVEL

0,00

SALDO TOTAL

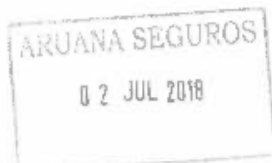
0,00

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-726 7474

www.caixa.gov.br





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

035.352.104 - 78

Nome completo da vítima

Ricardo Martins da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Ricardo Martins da Silva	035.352.104 - 78	Desempregado
Endereço	Número	Complemento
Rua Luiz Gonzaga	280	
Bairro	Estado	CEP
Nova Guiana	PE	55900-000
Cidade	Telefone (DDD)	
Guiana	(71) 3626-3771	
E-mail		
luisgonzaga.guiana@gmail.com		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA	DIV	CONTA	DIV
Nº 0774	013	Nº 4753	9
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Guiana, 03 de Setembro de 2018

Local e Data

Ricardo Martins da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETOIRA
DE SEGUROS LTDA

10 SET 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
CEP: 50060-010
RECIFE-PE

FAPPF.001 V001/2017





AUTO-ATENDIMENTO - AG GOIÂNIA PE

DATA: 07/06/2018

HORA: 21:35:58

TERMINAL: 07741485

CONTROLE: 077414851025

AGENCIA: 0774 - GOIÂNIA

CONTA: 013.00004753-9

CLIENTE: RIGOROSO MARTINS DA SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFIRMAÇÃO

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

0,00

SALDO DISPONÍVEL

0,00

SALDO TOTAL

0,00

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-720 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

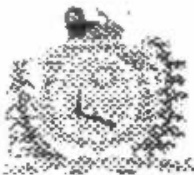
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 SET 2019.

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

MONTANTE E PRECATORIO DAS CONTRIBUIÇÕES					SALDO DO TOTAL		
CONTRIBUÍVEL	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL	TRIBUTOS	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
INSS	2,70	32,40	2,70	32,40	220	220	220
COFINS	1,00	12,00	1,00	12,00			
PIS/PASEP	0,30	3,60	0,30	3,60			





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA - DP44ªCIRC
DINTER1/11ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0134001478**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/04/2018** às
14:02

30/04/2018 13:48

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia **16/4/2018** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 1, RUA DOS
MARTÍRIOS - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **NÃO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MARIA LUIZA (AUTOR / AGENTE)
RICARDO MARTINS DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): RICARDO MARTINS DA SILVA



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

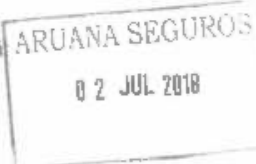
**RICARDO MARTINS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
MARTINS DA SILVA Pai: DURVAL SILVESTRE DA SILVA Data de Nascimento: 13/11/1977**
Naturalidade: **JOÃO PESSOA / PARAIBA / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 280, RUA LUIZ GONZAGA - CEP: 5 -
Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**MARIA LUIZA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RICARDO MARTINS DA SILVA,**
que estava em posse do(a) Sr(a): **RICARDO MARTINS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR160 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **FGG3344** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **531276915** Chassi: **802KD6550DR356705**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013**



Sistema de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/.infoo/xml/BOEPreview.html

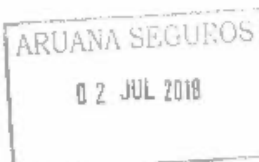
Complemento / Observação

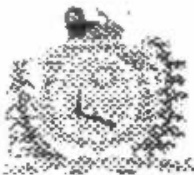
A VITIMA INFORMA QUE PILOTAVA SUA MOTOCICLETA NA RUA DOS MARTÍRIOS QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UMA MULHER QUE PILOTAVA UMA CINQUENTINHA E SAIU BRUSCAMENTE NA VIA PÚBLICA. A VITIMA NÃO TEVE COMO EVITAR O ACIDENTE, A SAMU FOI ACIONADO E FEZ OS PRIMEIROS SOCORROS A VITIMA, QUE LOGO EM SEGUIDA FOI LEVADO PARA O BELARINO CORREIA, A VITIMA TEVE UMA FRATURA E IMOBILIZOU O BRAÇO ESQUERDO.

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

Ricardo Martins da Silva
RICARDO MARTINS DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: LUIS HUMBERTO DE SALES FURTADO - Matrícula: 3278878





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA - DP44ªCIRC
DINTER1/11ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0134001478**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/04/2018** às
14:02

30/04/2018 13:48

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia **16/4/2018** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GOIANA, 1, RUA DOS
MARTÍRIOS - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **NÃO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MARIA LUIZA (AUTOR \ AGENTE)
RICARDO MARTINS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): RICARDO MARTINS DA SILVA



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

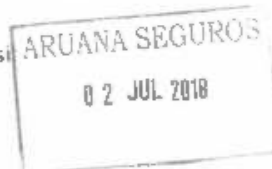
**RICARDO MARTINS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
MARTINS DA SILVA Pai: DURVAL SILVESTRE DA SILVA Data de Nascimento: 13/11/1977**
Naturalidade: **JOAO PESSOA / PARAIBA / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GOIANA, 280, RUA LUIZ GONZAGA - CEP: 5 -
Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**MARIA LUIZA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RICARDO MARTINS DA SILVA,**
que estava em posse do(a) Sr(a): **RICARDO MARTINS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR160 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **FGG3344** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **531276915** Chassi: **802KD6550DR356705**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013**



Sistema de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/.infoo/xml/BOEPreview.html

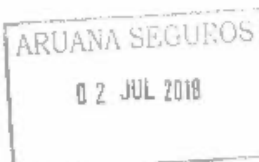
Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE PILOTAVA SUA MOTOCICLETA NA RUA DOS MARTÍRIOS QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UMA MULHER QUE PILOTAVA UMA CINQUENTINHA E SAIU BRUSCAMENTE NA VIA PÚBLICA. A VITIMA NÃO TEVE COMO EVITAR O ACIDENTE, A SAMU FOI ACIONADO E FEZ OS PRIMEIROS SOCORROS A VITIMA, QUE LOGO EM SEGUIDA FOI LEVADO PARA O BELARINO CORREIA, A VITIMA TEVE UMA FRATURA E IMOBILIZOU O BRAÇO ESQUERDO.

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

Ricardo Martins da Silva
RICARDO MARTINS DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: LUIS HUMBERTO DE SALES FURTADO - Matrícula: 3278878





**SAMU
192**

**PREFEITURA DE
GOIANA**
Secretaria Municipal de Saúde



SECRETARIA DE SAÚDE DE GOIANA

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

SAMU 192 - GOIANA

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Atendendo ao requerimento do Sr. (a):

Ricardo Martins da Silva

RG: 545 2368 SSP/PE, CPF: 035352164 -79, constam em nossos arquivos a ocorrência de nº 9464650 do dia 16 de Abril de 2018, onde o mesmo foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAMU/GOIANA por volta das 11 horas e 46 minutos, vítima de Acidente moto x moto.

A Ocorrência aconteceu no (a) Rua dos Martins, próx. ao "Alcance", onde após os cuidados, a vítima foi removida para

Hospital Belarmino Almeida

Drª Ana Quêrcia do N. da Silva
Coordenadora de Enfermagem
COREN 205738
SAMU Metropolitano de Goiânia

Coordenação de Enfermagem

Goiana, 17 de Abril de 2018.



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	24/09/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	843,75
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RICARDO MARTINS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00774

CONTA: 000000004753-9

Nr. da Autenticação 41A846829129AE4D





Tarifa Social de Energia Elétrica: Cidade de Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL Nº 4005850246 FATURA Nº 05/2018 CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-900
CNPJ 10.635.932/0001-00 | Ins. Est. 0005943-02 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
RICARDO MARTINS DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA LUIZ GONZAGA 200

CPF 035 352 164-78

NOVA GOIANA/GOIANA
GOIANA PE
55500-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO 4005850246 MÊS 05/2018
DATA DE VENCIMENTO 21/05/2018 DATA PARA PAGAMENTO 13/06/2018
TOTAL A PAGAR (R\$) 65,76

Nº DA NOTA FISCAL 4005850246
Nº DA UNIDADE 1000000000
Nº DO CLIENTE 03535216478
Nº DA INSCRIÇÃO 000594302
Nº DO CONTRATO 4005850246
Nº DO MÊS 05/2018
Nº DO ANO 2018

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (W/h)	82,000000	0,73066544	60,00
Acréscimo Bateria AMARELA			0,52
Contribuição Iluminação Pública			4,40
ICMS Substituído - ICMS - NF 008884815-13/03/18			0,81
Multa por atraso - NF 012578142 - 12/04/18			1,06
Juros por atraso - NF 012578142 - 12/04/18			3,32
Atualização IGPW - NF 012578142 - 12/04/18			0,18
Compensação DMC - 03/18			-0,56
Compensação DMC - 03/18			-1,43

TOTAL DA FATURA

65,76

Nº DO MEDIDOR	TÍPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	DADO DATA	LECTURA	Nº DE CÍRCULO	VALOR (R\$)	ALÍQUOTA	COMISSÃO (R\$)
41999254	GAT	12-04-2018	7 562,00	14-05-2018	7 862,00	32	1,00000		50,00

HISTÓRICO DE CONSUMO	PERÍODO	VALOR DO MÊS	VALOR DO ANO	VALOR DO MÊS	VALOR DO ANO
MAI 18	03	61,74	25,00	15,24	15,24
ABR 18	03	61,74	1,12	0,00	0,00
MAR 18	03	61,74	5,31	0,25	0,25
FEV 18	03				
JAN 18	03				
DEZ 17	03				
NOV 17	03				
OUT 17	03				
SET 17	03				
AUG 17	03				
Jul 17	03				
JUN 17	03				
Mai 17	03				

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
Consumo Ativo (W/h) 82,000000 31,38%
Acréscimo Bateria AMARELA 0,52 0,79%
Contribuição Iluminação Pública 4,40 6,69%
ICMS Substituído - ICMS - NF 008884815-13/03/18 0,81 1,23%
Multa por atraso - NF 012578142 - 12/04/18 1,06 1,61%
Juros por atraso - NF 012578142 - 12/04/18 3,32 5,05%
Atualização IGPW - NF 012578142 - 12/04/18 0,18 0,27%
Compensação DMC - 03/18 -0,56 -0,85%
Compensação DMC - 03/18 -1,43 -2,17%
Total 65,76 100,00%

TAXAS APLICADAS 0,00000000

2116 5016 7AER 0219 06AB 66AE 6F25 4B51

2116 5016 7AER 0219 06AB 66AE 6F25 4B51

2116 5016 7AER 0219 06AB 66AE 6F25 4B51

2116 5016 7AER 0219 06AB 66AE 6F25 4B51

2116 5016 7AER 0219 06AB 66AE 6F25 4B51

2116 5016 7AER 0219 06AB 66AE 6F25 4B51

2116 5016 7AER 0219 06AB 66AE 6F25 4B51

2116 5016 7AER 0219 06AB 66AE 6F25 4B51

2116 5016 7AER 0219 06AB 66AE 6F25 4B51

2116 5016 7AER 0219 06AB 66AE 6F25 4B51

2116 5016 7AER 0219 06AB 66AE 6F25 4B51

2116 5016 7AER 0219 06AB 66AE 6F25 4B51





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 25/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA E SERVIÇOS

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-907
CNPJ 10.835.932/0001-00 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MELICIO DA COSTA LEITE NETO

CPF 214.938.474-49

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADE
Trifásico

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
019092312	UNICA	06/06/2018
Nº DE RESERVAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
06/06/2018	2001321578	4089431

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DO DE CAXIAS 1700

CENTRO/GOIANA
GOIÂNIA PE
55900-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
2431353019	06/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO LEITORA
20/06/2018	05/07/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	271,11

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	290,0000000	0,73927710	214,39
Acréscimo Bandeira AMARELA			3,20
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,11
Contribuição Iluminação Pública			25,45
ICMS Subvenção-COE-NF 011463352-05/04/18			2,17
Multa por atraso-NF 011463352-05/04/18			6,11
Juros por atraso-NF 011463352-05/04/18			3,26
Atualização IGP-M-NF 011463352-05/04/18			1,74
Doação APAE - 0800 722 2723			10,593

ARUANA SEGUROS

02 JUL 2018

Scanned with CamScanner





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221304 ou 0800 6221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção a 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 COAF**².

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, Guilherme M de Carvalho, inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324 65
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ricardo Martins da Silva inscrito
no CPF sob o Nº 035.352.164 78 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima
Ricardo Martins da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.352.164 78 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 Lider - 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	Rua Ruque de Lázio		Número	170	Complemento	D
Bairro	Centro	Cidade	Epitima	Estado	PE	CEP
E-mail	antonio.yves.cordeiro@gmail.com		Telefone comercial (DDD)	(81) 3015-3224	Telefone celular (DDD)	56900-000
						(81) 99808-6284

Epitima PE 26 de JUNHO de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS

02 JUL 2018

DL-DRL-001 V001/2017

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 16/04/2018	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 16/04/18
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Ricardo Martins da Silva	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura do escápulo - punho Esq.	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Tratamento conservador da fratura do escápulo com imobilização gessada por cerca de 45 (quarenta e cinco) dias. Tratamento cirúrgico de revisão.	
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

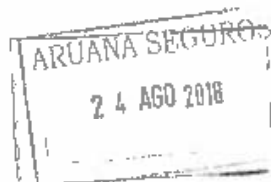
GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º Punho Esquerdo - Fratura do
2º escápulo conservada
3º Deficit de força e flexo extensor do
4º punho Esq com dor residual.
5º

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 24/08/18 A 24/08/18 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Assinatura: Carolina P. DATA: 24/08/18

LOCAL: _____ ASSINATURA E CARIMBO: _____



HBC

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL BELARMINO CORREIA
FICHA DE ATENDIMENTO

HBC

Número do Registro: 2018/ET006672 Data e Hora de Atendimento: 16/04/2018 12:05 Prontuário Local: Prontuário Integrado: Local de Entrada: Emergência Traumatológica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 17419 RICARDO MARTINS DA SILVA Registro SUS: 124845339870002
Nascimento: 13/08/1977 Idade: 40 Sexo: Masculino Cor: Parda
Estado Civil: Casado(a) Profissão: ESTOQUISTA Naturalidade: JOAO PESSOA Nacionalidade: BR
Documento de Identidade: 5452368 Filiação: DURVAL SILVESTRE DA SILVA MARIA MARTINS DA SILVA
Endereço (Av., Rua, etc.): RUA LUIZ GONZAGA, 280 Complemento: CASA
Bairro: NOVA GOIANA Cidade: GOIANA UF: PE Telefone: 99184-0590
Acompanhante: TECNICOS DO SAMU/ MAE MARIA JOSE
Ocorrência: ENCAMINHAMENTO - DOENÇAS - Encl. para Parecer Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒

AVULSO: NÃO INTERESSAM ATUALIZADO

Indicador de risco: ☒ Alto ☐ Médio ☐ Baixo
Indicador de risco: ☒ Alto ☐ Médio ☐ Baixo
Indicador de risco: ☒ Alto ☐ Médio ☐ Baixo

Indicador de risco: ☒ Alto ☐ Médio ☐ Baixo
Indicador de risco: ☒ Alto ☐ Médio ☐ Baixo

Indicador de risco: ☒ Alto ☐ Médio ☐ Baixo
Indicador de risco: ☒ Alto ☐ Médio ☐ Baixo

Indicador de risco: ☒ Alto ☐ Médio ☐ Baixo
Indicador de risco: ☒ Alto ☐ Médio ☐ Baixo

Indicador de risco: ☒ Alto ☐ Médio ☐ Baixo
Indicador de risco: ☒ Alto ☐ Médio ☐ Baixo

Sinais Vitais
PA 150/100

Exatidão: 182

114
Sat 97


Indicador de risco: ☒ Alto ☐ Médio ☐ Baixo
Indicador de risco: ☒ Alto ☐ Médio ☐ Baixo

Indicador de risco: ☒ Alto ☐ Médio ☐ Baixo
Indicador de risco: ☒ Alto ☐ Médio ☐ Baixo

Hipótese diagnóstica / conduta

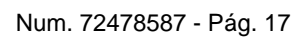
Código de Atendimento:

Dr. Ricardo de Silva Lacerda
Otorrinolaringologista

cf: 
0301060051
0301060012



CREM-2





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
Hospital Belarmino Correia

PARA: Delegacia do Município de Goiana

Declaração de Comparecimento

Declaramos que Sr.(o) ou (a) Ricardo Martins da Silva
Compareceu a esta Unidade Hospitalar no dia, 16 / 04 / 18 às 12:05 hs, a fim
de: receber atendimento na Unidade Transmutação

OBS: As fichas de atendimento estão conforme a Xerox
apresentada desde as torres.

Anna Paulina Mf. Junior
Assistente Social

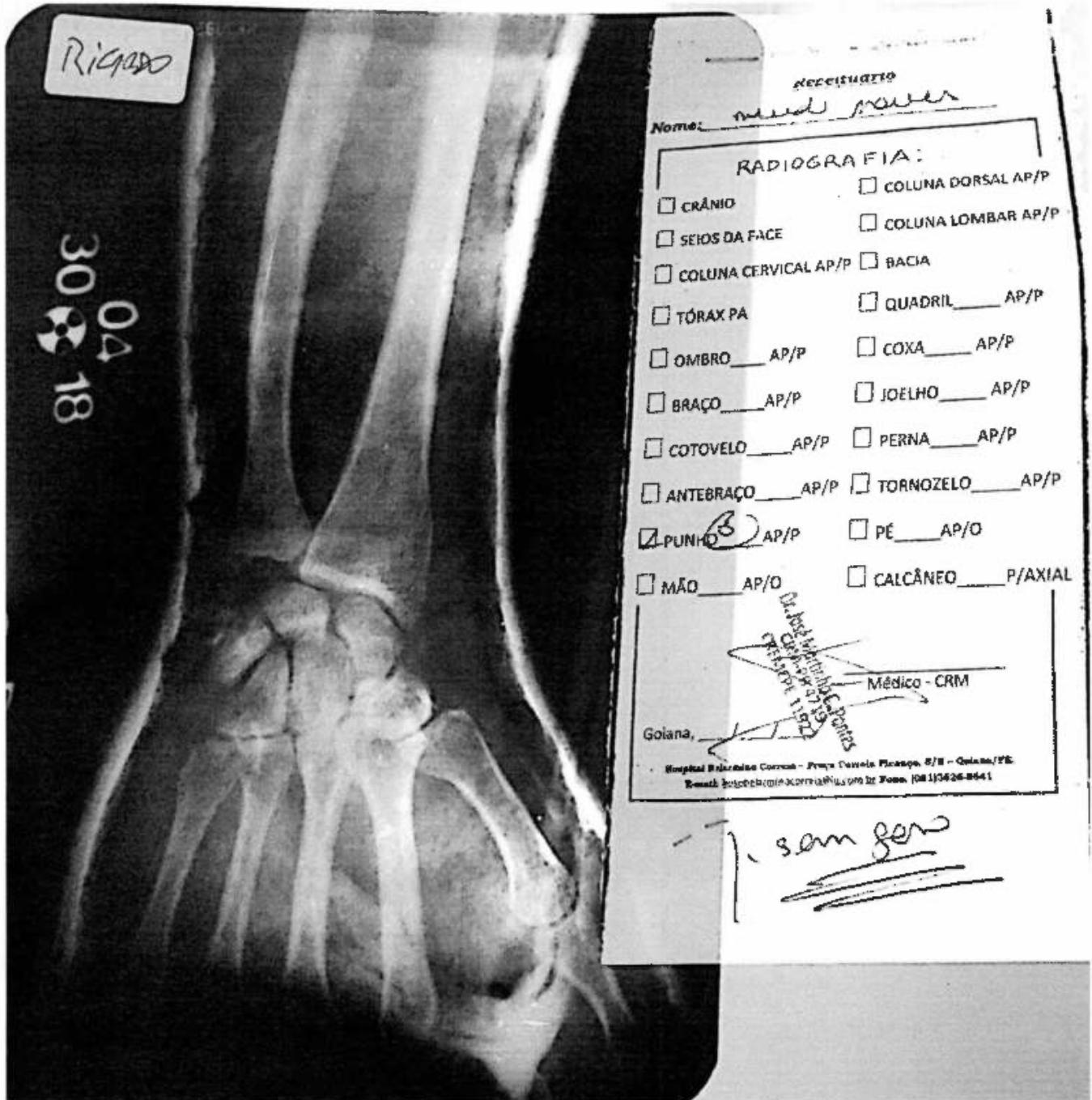
Goiana, 20/04/18

Hospital Belarmino Correia - Praça Cordeiro Picante, 3/M - Goiana/PE
E-mail: hospbelarminocorreia@pe.gov.br / Fone: 3626-8641 / Fax: 3626-8639

ARQUIVADO SEGUROS

02 JUL 2018





ARUANA SEGUROS

06 AGO 2018

Scanned with CamScanner





ARUANA SEGUROS
06 AGO 2013

Scanned with CamScanner





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde – XII GERES
Hospital Belarmino Correia – Goiana

RECEITÁRIO MÉDICO

Paciente:

LAUDO MÉDICO

Atesto para os devidos
fins que o paciente,
RICARDO MARTINS DA SILVA
SUBMETEU A TRATAMENTO
CONSERVADOR DE FRATURA
DO PUNHO (C.I.D. - S62.0)
HÁ TRÊS MESES, QUE TEVE
ACIDENTE MOTOCICLETA, QUE
ESTÁ COM LIMITAÇÃO DOS
MOVIMENTOS DE FLEXÃO-
EXTENSÃO DO PUNHO
ESQUERDO DE TRINTA GRÁUS

Goiana,

Médico - CRM

Hospital Belarmino Correia – Praça Correia Picanço, S/N – Goiana/PE.
E-mail: hospbelarminocorreia@ig.com.br Fone: (021) 3626-0621

16/07/18

ARUANA SEGUROS

06 AGO 2013

Scanned with CamScanner





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Gerência Regional de Saúde - GERES
Hospital Belarmino Correia

ATESTADO MÉDICO

Atesto para ou devido fim que, a pedido do(a)
Sr(a) RICARDO MACHADO DE SILVA portador(a) da
Identidade RG _____ que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de
hoje, de _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 S60.2, devendo
permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 07 (Sete) dias, a
partir desta data.

30 04 18
Golias, _____
9546 Ed-M-10
Ortopedia e Traumatologia
Médico Responsável
Assinatura e Carimbo do Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu _____
autorizo _____ o(a)
Dr(a) _____ a registrar o diagnóstico certificado
CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

Hospital Belarmino Correia - Praça Correia Mota, S/N - G-
E-mail: hospbelarminocorreia@ps.com.br Fone: (081) 3626-4

ARUANA SEGUROS

06 AGO 2018

Scanned with CamScanner





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde – XII GERES
Hospital Belarmino Correia – Goiana

RECEITÁRIO MÉDICO

Paciente:

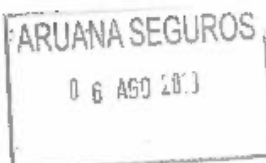
*p / parente patril
da filha*

mo

*3 - Fluorox 500mg
014H 12/12*

Dr. Nilvan da Silva Liohara
Otorrinolaringologista

16 / 04 / 18



Goiana,

Médico - CRM

Hospital Belarmino Correia – Praça Correia Picança, S/N – Goiana/PE.
E-mail: hospbelarminocorreia@ig.com.br Fone: (081)3626-8642

Scanned with CamScanner



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Gerência Regional de Saúde - I GERES
Hospital Belarmino Correia

ATTESTADO MÉDICO

Atestado para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Nilvan da Silva Linares portador(a) da
Identidade RG _____ que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de
hoje, de _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 S62.0, devido
permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 15 (quinze) dias, a
partir desta data.

Coluna, 16/04/18

Dr. Nilvan da Silva Linares
Ortopedista

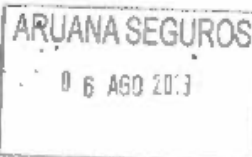
Assinatura e Carimbo do Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____
autorizo _____ (a)
Dr.(a) _____ a registrar o diagnóstico conforme
CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

Hospital Belarmino Correia - Praça Carlos Viana, S/N - Coluna/PE
E-mail: hospitalbelarmino@correiola.com.br Fone: (081) 3630-0047



Scanned with CamScanner



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013727185219
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COD. RENAVAM: 531376915 R.N.T.R.C.: ***** EXERCÍCIO: 2018

NOME: RICARDO MARTINS DA SILVA

GOIANA-PE 0

CPF / CNPJ: 035.352.164-78 PLACA: PGG8855

PLACA ANT. / UF: ***** / PE CHASSI: 9C2KD0550DR356709

ESPECIE TIPO: PAS / MOTOCICLETA COMBUSTIVEL: ALCO / GASOL

MARCA / MODELO: HONDA / NXR150 BROS ES ANO FAB.: 2013 ANO MOD.: 2013

CAP. / POT. / CIL.: 2P / 149CL CATEGORIA: FARTIC COR PREDOMINANTE: FRETA

COTA ÚNICA: IPVA 2018 QUITADO VENC. COTA ÚNICA: 1º *****

PADA IPVA: 1 PARCELAMENTO / COTAS: 2º *****

PREMIO TARIFARIO (R\$): KOF (R\$): PREMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES: AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

GOIANA-PE DATA: 22/02/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013727185219 BILHETE DE SEGURO DPVAT

RICARDO MARTINS DA SILVA

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

GOIANA-PE EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 22/02/18

VIA: 1 CPF / CNPJ: 035.352.164-78 PLACA: PGG8855

RENAVAM: 531376915 MARCA / MODELO: HONDA / NXR150 BROS ES

ANO FAB.: 2013 CALIBRE: 09 Nº CHASSI: 9C2KD0550DR356709

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$): SEGURO PAGO POP (R\$): JPPA A SEPARAR DO SEGURO PE

PAGAMENTO: ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO:

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.348.009/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT ELE NÃO É DE FORTA OBRIGATORIO.

GOIANA SEGUROS
02 JUL 2018



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013727185219
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COD. RENAVAM: 531376915 R.N.T.R.C.: ***** EXERCÍCIO: 2018

NOME: RICARDO MARTINS DA SILVA

GOIANA-PE 0

CPF / CNPJ: 035.352.164-78 PLACA: PGG8855

PLACA ANT. / UF: ***** / PE CHASSI: 9C2KD0550DR356709

ESPECIE TIPO: PAS / MOTOCICLETA COMBUSTIVEL: ALCO / GASOL

MARCA / MODELO: HONDA / NXR150 BROS ES ANO FAB.: 2013 ANO MOD.: 2013

CAP. / POT. / CIL.: 2P / 149CL CATEGORIA: FARTIC COR PREDOMINANTE: FRETA

COTA ÚNICA: IPVA 2018 QUITADO VENC. COTA ÚNICA: 1 *****

PADA IPVA: 1 PARCELAMENTO / COTAS: 2 *****

PREMIO TARIFÁRIO (R\$): KOF (R\$): PREMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES: AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

GOIANA-PE DATA: 22/02/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013727185219 BILHETE DE SEGURO DPVAT

RICARDO MARTINS DA SILVA

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

GOIANA-PE EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 22/02/18

VIA: 1 CPF / CNPJ: 035.352.164-78 PLACA: PGG8855

RENAVAM: 531376915 MARCA / MODELO: HONDA / NXR150 BROS ES

ANO FAB.: 2013 CALIBRE: 09 Nº CHASSI: 9C2KD0550DR356709

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$): FOF (R\$): JPPA A SEPARAR DO SEGURO (R\$):

PAGAMENTO: ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO:

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.348.009/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT ELE NÃO É DE FORTA OBRIGATORIO.

GOIANA SEGUROS
02 JUL 2018





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Ricardo Martins da Silva
DATA DO ACIDENTE 16/04/2018 CPF DA VÍTIMA 036.352.164-78
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Luís Guilherme Mangabeira de Carvalho
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Ricardo Martins da Silva
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Riqueza de Lagoa
Nº 140 COMPLEMENTO 0 BAIRRO Centro
CIDADE Epitima UF PE CEP 55900-000
E-MAIL amora.guimaraes@gmail.com TELEFONE (81) 3033.3224
81 99808 6287

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
O REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO); ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 16/04/2018
IDENTIDADE 8354318 SDSIPE
ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 16 JUL 2018
NOME ARUANA SEGUROS
ASSINATURA [Assinatura]



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Ricardo Martins da Silva
RG/CNH/CTPS: 5.452.388 CPF: 035.352.164.78
Profissão: Repórter
Estado Civil: Casado
End: Rua Louis Gonzaga, 280, Nova Goiana, Goiana

Outorgado: Luã Guilherme Mangabeira de Carvalho.
RG/CNH/CTPS: 8.317.118 SDS/PE CPF: 083.562.324-65
End: Rua Duque de Caxias, Nº 170-D, Centro, Goiana-PE. CEP: 55900-000

Nomeio meu bastante procurador o **outorgado** acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima: Ricardo Martins da Silva

GOIANA, 08 de 05 de 2018.

Ricardo Martins da Silva

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE GOIANA
RUA DR. MANOEL BORGES, Nº 85, CENTRO - GOIANA / PE - CEP: 55.900-000
TEL: (81) 3658-0510 - CARTÃO@CARLOSOTORES@GMAIL.COM - CNPJ: 11.480.606/0001-69

Reconheço, Por Autenticidade a firma de: RICARDO MARTINS DA SILVA,
dou fé. Goiana/PE 07/06/2018 14:43:24 Empl:3,59; TSNR:0,80;
FERC:0,40; TOTAL: 4,79. OP.:110 Selo digital nº
0073565.EZM04201801.02236. CARLOS G. G.
TORRES TABELIÃO Consulte autenticidade em
"www.tjpe.jus.br/selodigital"



ARUANA SEC
02 JUL 2018



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Ricardo Martins da Silva
RG/CNH/CTPS: 5.452.288 CPF: 035.352.464.78
Profissão: Revisor
Estado Civil: Casado
End: Rua Louiz Gonzaga, 280, Nova Goiana, Goiana

Outorgado: Luã Guilherme Mangabeira de Carvalho
RG/CNH/CTPS: 8.317.118 SDS/PE CPF: 083.562.324-65
End: Rua Duque de Caxias, Nº 170-D, Centro, Goiana-PE. CEP: 55900-000

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima: Ricardo Martins da Silva

GOIANA, 08 de 03 de 2018.

Ricardo Martins da Silva

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE GOIANA
RUA DR. MANOEL BOMFIM, Nº 83, CENTRO - GOIANA / PE - CEP: 55.900-000
TEL: (81) 3322-0218 - E-MAIL: notario@servico101.com.br - CNPJ: 11.487.000/0001-89

Reconheço, por Autenticidade a firma de: RICARDO MARTINS DA SILVA,
dou fe. Goiana/PE 07/06/2018 14:43:24 Empl:3,59; TSHR:0,00;
FECR:0,40; TOTAL: 4,79. OP.:110 Selo Digital nº
0073385.EZM4201801.02236. CARLOS G. G.
TORRES TABELÃO Consulta autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 SET 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. 1
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329066/18

Vítima: RICARDO MARTINS DA SILVA

CPF: 035.352.164-78

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 16/04/2018

Titular do CPF: RICARDO MARTINS DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO : 083.562.324-65

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

RICARDO MARTINS DA SILVA : 035.352.164-78

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/09/2018
Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO
CPF: 083.562.324-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2018
Nome: Jose Soares da Silva Filho
CPF: 194.764.344-49

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Jose Soares da Silva Filho



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180417839 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICARDO MARTINS DA SILVA **Data do acidente:** 16/04/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ESCAFOIDE DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

