



Número: **0074637-84.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

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 JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO (AUTOR)		BRUNO DE ARAUJO SENA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73218917	06/01/2021 11:02	ANEXO 1	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180528870

Vítima: JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO

Data do Acidente: 31/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLA MARIA FIRMINO MELO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180528870**.

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 13578872

Pag. 00261/00262 - carta_01 - INVALIDEZ

00020131



Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180528870

Vítima: JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO

Data do Acidente: 31/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLA MARIA FIRMINO MELO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO

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

Documentação médico-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

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. 00539/00540 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13593365





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 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 ASL

CPF da Vítima

351.377.204-10

Nome completo da vítima

Jose Josivaldo dos Santos Nascimento

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jose Josivaldo dos Santos Nascimento		CPF titular da conta 351.377.204-10		Profissão Recebeiro	
Endereço Rua São Geraldo		Número 669		Complemento	
Bairro Bom Conselho	Cidade Belo Jardim	Estado PE		CEP 55150-000	
Email				Telefone (DDD)	

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"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0773 D/V. 036829 D/V. 1 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome _____ NRO. _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V. _____ (Informar dígito se existir)	
		CONTA NRO. _____ D/V. _____ (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.

Belo Jardim 05 de Setembro de 18

Local e Data

Jose Josivaldo dos Santos Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



F.001 V001/2017

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

214-496779101-7

02/AGO/2018

HORA DE 10:57:06

TERM: 036835

LOT: 15.07183-3
LOCALIDADE: BELD JARDIM
AG. VINCULADA: 0773

CONTROLF: 004455352

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0773 013 00036829-1

JOSE J SANTOS NASCIMENTO

VALOR

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

214-496779101-7

1ª VIA

ARUANA SEGURADORA
09 NOV 2018





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
UNIDADE MOVEL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E2090002405

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/10/2018 às 05:01

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Quiposo (Consumado), que aconteceu no dia 31/5/2018 às 08:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BELO JARDIM, 1, BR 232 - Bairro: CONAB I - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JOSÉ JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**



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

JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA M. DOS SANTOS** Pai: **JOSÉ FRANCISCO NASCIMENTO** Data de Nascimento: 19/3/1963 Naturalidade: **BREJO DA MADRE DE DEUS / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA SÃO GERALDO, 669 - CEP: 0 - Bairro: BOM CONSELHO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

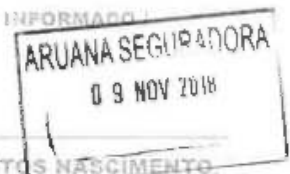
DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: **NÃO INFORMADO**
PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN M (ES)** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFE4275** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **466E 11869** Chassi: **9C2KC1670CR54211**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCOOL/GASOL**

MOTOCICLETA 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**



18/10/2018 04:57



Quantidade (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: OYM8508 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

NARRA A QUE VÍTIMA CONDUZIA SUA MOTOCICLETA PELA BR 232 COM DESTINO AO "POSTO DO PENALTO", QUANDO EM FRENTE À ENTRADA DA CIDADE UMA OUTRA MOTOCICLETA CONDUZIDA POR DESCONHECIDO ATRAVESSOU NA FRENTE DA SUA MOTOCICLETA AO PODENDO DESVIAR DELA E COLIDINDO. POR OCASIÃO DA QUEDA A VÍTIMA SE LESIONOU CONFORME FICHA MÉDICA ANEXA E CONFORME CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº DOP 028/18 ORIGINADA DO 2º GRUPAMENTO DE BOMBEIROS DO ESTADO DE PERNAMBUCO.

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

Jose Josinaldo dos Santos Nascimento
JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO
(VÍTIMA)



B.O. registrado por: JOSE DE ASSIS SILVA - Matrícula: 320337-9



18/10/2018 04:57



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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Jose Jerimaldo dos Santos Nascimento CPF da Vítima 351.877.204-10 Data do Acidente 31/05/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal _____ CPF do Representante legal _____
Email _____ Telefone (DDD) _____

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinar uma das opções abaixo:

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

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

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

Belo Jardim 03 de Setembro de 18

Local e Data

Jose Jerimaldo dos Santos Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ARUANA SEGURADORA
09 NOV 2018

01 V001/2017





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

COInter/1 - 2º Grupamento de Bombeiros

Belo Jardim-PE, 11 de junho de 2018.

Adriano ~~Marçal~~ Gouveia Lima - Cap QOC/BM
Comandante da 5ª SB



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N° DOP 028/18

O Comandante da 5ª Seção de Bombeiros do 2º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por requerimento do Sr° José Josinaldo Dos Santos Nascimento, RG nº 2468956 SSP-PE, CPF nº 351377204 10, residente na Rua: São Geraldo, nº 669, Bairro: Bom Conselho, Belo Jardim - PE, **CERTIFICA** que, de acordo com a Ordem de Serviço Operacional nº 1986, foi deslocada a viatura AR 403 da 5ª seção de Bombeiros, Belo Jardim - PE, às 08h45min do dia 31 de maio de 2018, para atender uma ocorrência de **COLISÃO DE MOTOCICLETAS**, ocorrida na BR 232, s/n, Bairro: Viana Moura, Belo Jardim - PE, envolvendo uma motocicleta HONDA FAN 125, cor preta, placa OYM 8508 - PE, Motocicleta HONDA/CG FAN 150, cor preta, placa PFE 4275-PE vitimando o requerente que estava como condutor da moto HONDA/ CG FAN 150 ESI, cor preta, placa PFE 4275 PE, o mesmo apresentava escoriações e ferimentos nos membros superiores e inferiores,.

Após os procedimentos de Atendimento Pré Hospitalares, a vítima foi conduzida ao Hospital Julio Alves de Lira (HRBJ), ficando sob os cuidados da equipe médica de plantão, tendo como responsável o profissional médico Sevilla Lorena, CRM 20199.

A presente certidão segue assinada por mim, que a digitei, e revisada pelo Comandante da 5ª Seção de Bombeiros e pelo Comandante da Unidade (2ºGB). 3º Sgt BM Mar - 940467-8 Julio Cezar Lourenço De lima graduado de dia da 5ª SB,

Rua Cel Fernando Pontes Filho, s/n, Pindamonópolis, Caruaru-PE, CEP 55634-050
FONE (0800) 3219 9217 e-mail: dvapig@yahoo.com.br
COC: 00.350.771/0005-78
C:\Documents and Settings\Gremio\Desktop\CERTIDÕES E REGULAMENTOS\COPIAS DE 2018\cópia de 028 - VITIMADO DO S. NASCIMENTO - (QUEDA DE MOTO).docx



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: 24/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00773

CONTA: 000000036829-1

Nr. da Autenticação D20B982D8D27EAD7



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Geraldo dos Santos Nascimento,

RG nº 2468956, data de expedição 26/06/81, Órgão SSP-PE,

CPF nº 35137720410, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua São Geraldo</u>
Número	<u>669</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Bom Conselho</u>
Cidade	<u>Belo Jardim</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55150 000</u>
Telefone de Contato	<u>81991686771</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Belo Jardim 05/09/18

Assinatura do Declarante: José Geraldo dos Santos Nascimento



09/11/2018

2a Via de Fatura

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



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 MADALENA DOS SANTOS NASCIMENTO
CPF: 849.509.944-65

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SÃO GERALDO 669

BOM CONSELHO/BELO JARDIM
55150-000 BELO JARDIM 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

DATA DE VENCIMENTO

16/11/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

77,60

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

08/11/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

08/11/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

038171103

CONTA CONTRATO

007004121656

Nº DO CLIENTE

2010811238

Nº DA INSTALAÇÃO

0000296083

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

E041.665D.B156.1A8F.1FD3.6D5F.49CA.F1D5

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(KWh)	90,00	0,73645862	66,28
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,32
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,70
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,82
ICMS Subvenção-CDE-NF 030577438-06/09/18			0,48
PRÓ-CRIANÇA-(061)3412-8960 0800 031 8969			3,00
TOTAL DA FATURA			77,60

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
71,30	25,00	17,82	71,30	0,74	0,52	71,30	3,44	2,45

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(KWh) 0,52158050

HISTÓRICO DO CONSUMO

	NOV 18	OUT 18	SET 18	AGO 18	JUL 18	JUN 18	MAY 18	ABR 18	MAR 18	FEV 18	JAN 18	DEZ 17	NOV 17
KWh	90	95	73	83	78	80	94	98	108	98	30	30	30

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	25,11	32,42
Transmissão	3,28	4,08
Distribuição (Celpe)	15,34	19,51
Encargos Setoriais	3,86	4,94
Tributos	20,78	26,18
TOTAL	71,30	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO KWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
V08068	CAT	08/10/2018	15.806,00	08/11/2018	15.708,00	31	1,00000	0,00	90,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 11/12/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
set2018					
DIC-Nº de horas sem Energia	BELO JARDIM	0,00	5,67	11,34	22,68
FIC-Nº de vezes sem Energia		0,00	3,38	8,72	13,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,20	0,00	8,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor de Encargo de Uso - R\$ 24,77					
Tudo Consumidor pode solicitar a operação dos Indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você ramalho center: rua cleto campelo 54 centro / raquel pires de lima
033716784: r cleto campelo
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007004121656	NOV/18	R\$ 77,60	16/11/2018	007004121656

Este canhoto será usado em leitura ótica.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/01/2021 11:02:46
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010611024604200000071775829
Número do documento: 21010611024604200000071775829

Num. 73218917 - Pág. 11

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 0221204 ou 0800 0221206 (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 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 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 CARLA MARIA FIRMINO MELO inscrito (a) no CPF/CNPJ 076.723.044-29 / _____, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 351.377.204-10 / _____, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 351.377.204-10 / _____, 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 RUA NUMERIANO ALVES BEZERRA		Número 37	Complemento GARAGEM
Bairro BOA VISTA	Cidade BELO JARDIM	Estado PE	CEP 55150-020
Email carlafirminomelo@hotmail.com		Telefone comercial(DDD) (81) 9.9569-0261	Telefone celular (DDD) (81) 9.9168-6771

BELO JARDIM 29 de OUTUBRO de 2018
Local e Data

Carla Maria Firmino Melo
Assinatura do Declarante



.001 V001/2017





Prefeitura de
Belo Jardim
A mudança começa com trabalho

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro N°:
Data: **31.05.18**
Hora: **09:30h**

Unidade de Saúde: **HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA**

PACIENTE	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF
	Nome: Jose Josinaldo Santos Nascimentos 55 anos	
	Data de Nascimento: 10/05/63 Sexo: M Cor: P Estado Civil: C	
	Naturalidade: Rio de Janeiro Profissão: Desempregado	
	Endereço: Rua João Carlos, 669, Bom Conselho, Bz Telefone: 	

RESPONSÁVEL	Responsável: 0 mes Parentesco:
	Endereço: Fone:
	Trazido por: P F
	Endereço: Fone:

OCORRÊNCIA	Local do Acidente: Data: Hora: 	
	NATUREZA DO ACIDENTE	<input type="checkbox"/> Casual <input type="checkbox"/> Acid. do Trânsito <input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio
	<input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Outras Causas	

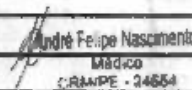
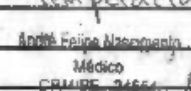
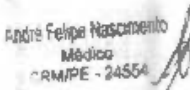
ATENÇÃO MÉDICA	Atendimento: <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico
	História da Doença Atual: Paciente vítima de acidente de moto há 20 mins. Refere dor em punho @ + antebraço @ + cefaleia. Apresenta lesão cortante em fronte @
	Alergias: Ø
	EXAME - FÍSICO

ATENÇÃO MÉDICA	Pressão Arterial: Pulso: Temperatura: Peso:
	ECG, ceto, hidratado
	SN: Glasgow - P: 4 + 5 + 6 = 15
	Diagnóstico Provisório: Trauma

Lidia Rocha RECEPCIONISTA **MÉDICO CREMEPE**

ARUANA SEGURODORA
09 NOV 2018



Data	Hora	Evolução Clínica e Prescrição Médica	Relatório de Enfermagem															
		① Solicita-se punho ⑤ + antebraço. ② + punho ⑥ ③ Dipirone 1 amp + Ab EV ④ Tramal 1 amp + 100ml SEQ, 91 0/ ⑤ Sutura																
		 André Felipe Nascimento Médico CRM/PE - 24554																
	12:17	Rx: Fratura em rádio distal ⑤ CD: ① Como paciente estável hemodinamicamente, discuto caso com familiares transferência para avaliação Ortopedia na UPA Curarv. ② Imobilização temporária punho ⑤																
		 André Felipe Nascimento Médico CRM/PE - 24554																
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">CONDIÇÕES DE ALTA</th> <th>MOTIVO DE ALTA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Curado</td> <td><input type="checkbox"/> Óbito</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Decisão Médica</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Melhorado</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Alta Pedida</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Inalterado</td> <td><input type="checkbox"/> + 48 horas</td> <td><input type="checkbox"/> Transferência</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Piorado</td> <td><input type="checkbox"/> - 48 horas</td> <td><input type="checkbox"/> Indisciplina</td> </tr> </tbody> </table>		CONDIÇÕES DE ALTA		MOTIVO DE ALTA	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Óbito	<input checked="" type="checkbox"/> Decisão Médica	<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado		<input type="checkbox"/> Alta Pedida	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> + 48 horas	<input type="checkbox"/> Transferência	<input type="checkbox"/> Piorado	<input type="checkbox"/> - 48 horas	<input type="checkbox"/> Indisciplina
CONDIÇÕES DE ALTA		MOTIVO DE ALTA																
<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Óbito	<input checked="" type="checkbox"/> Decisão Médica																
<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado		<input type="checkbox"/> Alta Pedida																
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> + 48 horas	<input type="checkbox"/> Transferência																
<input type="checkbox"/> Piorado	<input type="checkbox"/> - 48 horas	<input type="checkbox"/> Indisciplina																
		Em: ____ / ____ / ____ Hora: ____:____  André Felipe Nascimento Médico CRM/PE - 24554																
		Transferido para: _____ Diagnóstico Definitivo: _____ _____ _____ Observação: _____ _____ _____																
Data: ____ / ____ / ____		MEDICO CREMEPE Carimbo																





HOSPITAL
JESUS PEQUENININO

NOME: JOÃO JOSEMAR DE SOUZA

REG.: 119 601

DATA DE NASCIMENTO: 19 / 03 / 1963

DATA DA CIRURGIA: 04 / 06 / 18

DIAGNÓSTICO: fratura patológica do
ulnário esquerdo - 1º grau

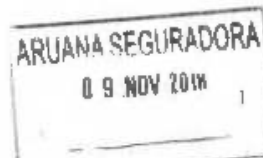
TRATAMENTO: cirurgia e pontos e gesso

DATA DO RETORNO: 18 / 06 / 18

MOTIVO DO RETORNO: de alta médica por
fratura - 1º grau e cicatriz

Dr. E. Costa

Dr. Marlon V. Costa
Traumato - Ortopedia
CRM - 5980





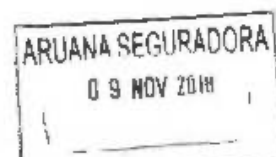
NOME: João José da Silva

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: Fratura da tíbia esquerda CID-10: S524 foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 07/10/18. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Paciente em tratamento
Atualmente em acompanhamento
ambulatorial
Bezerros, 23/07/18
01/09/18

João Marilton V. Costa
Traumato - Ortopedia
CRM - 5980



09/11/2018



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **351.377.204-10**

Nome: **JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO**

Data de Nascimento: **19/03/1963**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

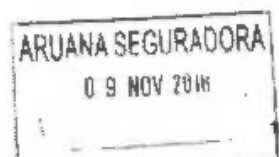
Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:08:47** do dia **09/11/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **5179.9AA1.0875.9F01**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



MINISTÉRIO DA FAZENDA
CIC

Nº DE REGISTRO: 35137209 10

ASSINADO ELETRONICAMENTE

JOSÉ JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO

VÁLIDE ATÉ 30/09/2021 E CANCELAR EM DATA
DO CANCELAMENTO DO AGENTE RECEPCION

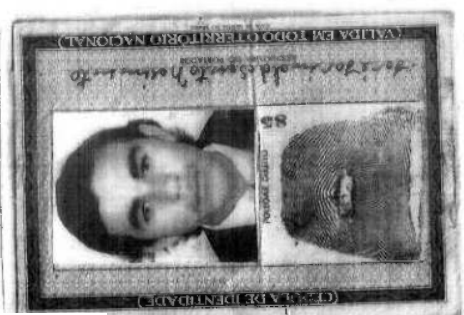
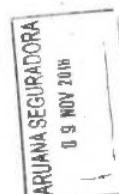
NASCIMENTO: 19.03.63

ASSINADO EM 26/03/2021

José Josinaldo dos Santos Nascimento

ASSINADO ELETRONICAMENTE





GUAYANA SEGURODORA
09 NOV 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013727090439
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 466971869 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME
JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO

BELO JARDIM-PE 0

CPF / CNPJ 351.277.204-10 PLACA PFE4275

PLACA ANT. / UT ***** / PE CHASSI 9C2KC1670CR542211

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTIVEL ALCO / GASOL

MARCA / MODELO HONDA / CG 150 FAN ESI ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

CAP. / POT. / CIL 29 / 149CL CATEGORIA PARTIC COR. PREDOMINANTE PRETA

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

FAIXA IPVA 1 PARCELAMENTO / COTAS 2ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ICF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

BELO JARDIM DATA 25/04/18

Charles Andrews Sousa Mabeiro
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 013727090439 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO

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

BELO JARDIM-PE 0

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 25/04/18

VIA 1 CPF / CNPJ 351.277.204-10 PLACA PFE4275

RENAVAM 466971869 MARCA / MODELO HONDA / CG 150 FAN ESI

ANO FAB. 2012 CAT. TIRE 09 Nº CHASSI 9C2KC1670CR542211

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) ICF (R\$) TORN. A SER PAGO PEO SEGURO DPVAT

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE COTAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.506/0001-44

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

ARUANA SEGURADORA
09 NOV 2018



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180528870 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE JOSINALDO DOS SANTOS **Data do acidente:** 31/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
Nascimento:

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO E ULNA À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (NEURÓLISE, DEBRIDAMENTO, FIO) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA 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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Talita Fonseca Medeiros





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO
 DATA DO ACIDENTE 31/05/2018 CPF DA VÍTIMA 351.377.204-10
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO CARLA MARIA FIRMINO MELO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É PROCURADORA
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA NUMERIANO ALVES BEZERRA
 Nº 37 COMPLEMENTO GARAGEM BAIRRO CENTRO
 CIDADE BELO JARDIM UF PE CEP 55150-020
 E-MAIL carlafirminomelo@hotmail.com TELEFONE (81) 991686771

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)
 OBS: 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 (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____ IDENTIDADE: 9179608508-PE ASSINATURA: [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____ ARUANA SEGURADORA
 09 NOV 2018
 NOME: _____ ASSINATURA: [Assinatura]



DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO
DO BILHETE DE SEGURO DPVAT

Para os devidos efeitos, declaramos que se encontra devidamente contabilizado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT do exercício de 2018 relativo ao veículo abaixo caracterizado:

Vencimento: 20/02/2018

BILHETE PAGO EM: 22/01/2018

DADOS DO BILHETE	
PLACA:	PE/PFE-4275
CHASSI Nº:	9C2KC1670CR542211
RENAVAM:	00466971869
NOME DO PROPRIETÁRIO:	JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO
CATEGORIA:	09
VALOR:	R\$ 185,50 (CENTO E OITENTA E CINCO REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)

Rio de Janeiro, 9 de Novembro de 2018



Em caso de dúvidas, entre em contato com a Central de Atendimento, das 8h às 20h: 4020-1598 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões).

Preocupado com o meio ambiente, a Seguradora Líder DPVAT utiliza papel reciclado e busca preservar o futuro.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0408485/18

Vítima: JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIME

CPF: 351.377.204-10

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 31/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

CARLA MARIA FIRMINO MELO : 076.723.044-29

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

JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO : 351.377.204-10

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: 09/11/2018
Nome: CARLA MARIA FIRMINO MELO
CPF: 076.723.044-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/11/2018
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

CARLA MARIA FIRMINO MELO

Josyelli de Oliveira Cabral

