



07/06/2023

Número: **0025657-09.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **04/06/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
JOSE VIEIRA DOS SANTOS (AUTOR)	
	MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO(A)) BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO(A))
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	
	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Outros participantes	
RENATO CAMERINO CARNEIRO LEAL PAES BARRETO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
135141699	07/06/2023 12:35	2883929_CONTESTACAO_01	Ações processuais\Documento de Comprovação



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE - SEÇÃO B

PROCESSO: 00256570920208172001

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE VIEIRA DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **01/07/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **13/11/2019**.

Cumprе esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015.

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO MÉRITO

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



“(…) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO MÉRITO

DA PROVA PERICIAL PARTICULAR – PROVA UNILATERAL

Conforme se verifica nos autos, o laudo particular colacionado pela parte autora não fornece todos os detalhes acerca da lesão sofridas pela mesma, informações estas extremamente necessárias para o deslinde da demanda.

Não restam dúvidas que a apuração do grau de invalidez da vítima seria mais especificada, se fosse realizada pelo IML ou por peritos judiciais, por se tratarem de profissionais que possuem experiência e capacitação para realização de tais perícias.

Corroborando com esse entendimento, temos os seguintes julgados:

“RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL – SEGURO DPVAT – AUSÊNCIA DE LAUDO OFICIAL – RELATÓRIO PRODUZIDO POR MÉDICO PARTICULAR – DOCUMENTO UNILATERAL – SENTENÇA ANULADA – RECURSO PROVIDO.

Se a petição inicial foi instruída com laudo técnico firmado por médico particular, é imperiosa a cassação da sentença para que os autos retornem ao Juízo de origem e seja produzida nova prova, uma vez que a perícia oficial é o único meio capaz de comprovar a existência da alegada invalidez permanente. (Ap 35998/2013, DESA. MARIA HELENA GARGAGLIONE PÓVOAS, SEGUNDA CÂMARA CÍVEL, TJ MT. Julgado em 12/02/2014, Publicado no DJE 21/02/2014).”

“AÇÃO DE COBRANÇA – DIFERENÇA ENTRE A INDENIZAÇÃO PAGA E AQUELA EFETIVAMENTE DEVIDA – INCAPACIDADE PARCIAL – GRAU – PROVA PERICIAL MÉDICA

1 - De acordo com o enunciado da Súmula nº 474 do C. Superior de Justiça, “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez;” 2 - Para apuração do grau de incapacidade e, consequentemente, do valor da indenização, imprescindível a realização de perícia médica, sendo que apenas a juntada de laudo médico particular não supre tal necessidade. Sentença que deve ser anulada para que seja determinada a realização de perícia médica. RECURSO PROVIDO. Sentença anulada. (TJ-SP, Relator: Maria Lúcia Pizzotti, data de julgamento: 10/06/2015, 30ª Câmara Cível de Direito Privado).”

Desta forma, a utilização da prova pericial particular não deve ser levada em consideração por V. Exa., uma vez que a parte ré não esteve presente, através de seu assistente técnico no momento da referida avaliação, sendo certo que a utilização

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br

da mesma caracterizaria o cerceamento de defesa, devendo a demanda ser julgada improcedente, com base nas fundamentações expostas.

DO MÉRITO

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar máximo de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Súmula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15 andar, Sala 1509/1512 – Centro -

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



CEP:20021-290 – RJ – Rio de Janeiro e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 31 de maio de 2023.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
OAB/PE 30225

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 07/06/2023 12:35:45
Número do documento: 23060712350378300000132006618
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060712350378300000132006618>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/06/2023 12:35:04

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **OAB/PE 30225** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSE VIEIRA DOS SANTOS**, em curso perante a **8ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00256570920208172001.

Rio de Janeiro, 31 de maio de 2023.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

12345

¹ Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

² Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório." (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG , Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

⁴"SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

⁵art.

1º

(...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br





07/06/2023

Número: **0025657-09.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **04/06/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
JOSE VIEIRA DOS SANTOS (AUTOR)	
	MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO(A)) BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO(A))
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	
	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Outros participantes	
RENATO CAMERINO CARNEIRO LEAL PAES BARRETO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
135141700	07/06/2023 12:35	ANEXO 1	Ações processuais\Documento de Comprovação

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0406996/19

Número do Sinistro: 3190647019

Vítima: JOSE VIEIRA DOS SANTOS

Data do acidente: 19/07/2019

CPF: 898.939.304-30

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE VIEIRA DOS SANTOS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0406996/19
Número do Sinistro: 3190647019
Vítima: JOSE VIEIRA DOS SANTOS
CPF: 898.939.304-30
CPF de: Próprio
Data do acidente: 19/07/2019
Titular do CPF: JOSE VIEIRA DOS SANTOS
Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro
Documentação médico-hospitalar
Outros

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: 11/05/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/05/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 07/06/2023 12:35:22
Número do documento: 23060712350450600000132006619
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060712350450600000132006619>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/06/2023 12:35:05

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0406996/19
Número do Sinistro: 3190647019
Vítima: JOSE VIEIRA DOS SANTOS
CPF: 898.939.304-30
CPF de: Próprio
Data do acidente: 19/07/2019
Titular do CPF: JOSE VIEIRA DOS SANTOS
Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

JOSE VIEIRA DOS SANTOS : 898.939.304-30
Autorização de pagamento

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: 25/11/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos



COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 **AGÊNCIA:** 1234 **CONTA:** 12345

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/05/2020
NUMERO DO DOCUMENTO: 319064701901
VALOR TOTAL: 1.687,50

TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: JOSE VIEIRA DOS SANTOS

BANCO: 001
AGÊNCIA: 04637
CONTA: 000010016114

Número da Autenticação
8D26E86AA9E4CC92



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190647019

Vítima: JOSE VIEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE VIEIRA DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15132436



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

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190647019 Vítima: JOSE VIEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE VIEIRA DOS SANTOS

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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.

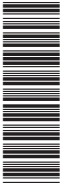
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01509/01510 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 15132437





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

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190647019 Vítima: JOSE VIEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE VIEIRA DOS SANTOS

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
--------------------------------	---

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. 00259/00260 - carta_03 - INVALIDEZ



00070130

Carta nº 15160827





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

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190647019 Vítima: JOSE VIEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE VIEIRA DOS SANTOS

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
--------------------------------	--

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. 01649/01650 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 15241580



Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190647019

Vítima: JOSE VIEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE VIEIRA DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50
---	--------------

Recebedor: JOSE VIEIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000004637-X

Conta: 000010016114-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190647019 **Vítima:** JOSE VIEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/07/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE VIEIRA DOS SANTOS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 13/05/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01185/01186 - carta_09 - INVALIDEZ



Carta nº 15775764



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

898.939.304-30

4 - Nome completo da vítima:

JOSE VIEIRA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo:

JOSE VIEIRA DOS SANTOS

6 - CPF:

898.939.304-30

7 - Profissão:

REC. SNF

8 - Endereço:

RUA BRASILIA

9 - Número:

84

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

LOTTO PLANALTO

12 - Cidade:

TORITAMA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55125-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

81-99665-0454

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: 2551

CONTA:

0973

4

(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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - 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.

34

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

TORITAMA 18/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

898.939.304-30

4 - Nome completo da vítima:

JOSE VIEIRA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo:

JOSE VIEIRA DOS SANTOS

6 - CPF:

898.939.304-30

7 - Profissão:

REC. INF

8 - Endereço:

RUA BRASILIA

9 - Número:

84

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

LOTTO PLANALTO

12 - Cidade:

TORITAMA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55125-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

81-99665-0454

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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:

4637

X

CONTA:

16114

4

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

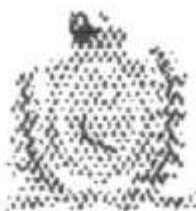
40 - Local e Data, TORITAMA 18/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 129ª CIRCUNSCRIÇÃO - TORITAMA - DP129ªCIRC DINTER/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0219001767**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/11/2019** às **16:36**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **19/7/2019** às **20:30**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR CENTO E QUATRO QUILOMETRO TRINTA, 1, BR 104 - SENTIDO CARUARU - PRÓXIMO DO LAMPÃO** - Bairro: **LOTEAMENTO J SEVERINO SILVA** - **TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR VAGANTE)
JOSE VIEIRA DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

JOSE VIEIRA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nome: **JOSEFA VIEIRA DOS SANTOS** Mãe: **ANTONIO VIEIRA DOS SANTOS** Data de Nascimento: **17/4/1975** Nacionalidade: **BELEM DE MARIA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA BRASÍLIA, 841, PLANALTO - CEP: 0 - Bairro: INDEPENDENTE - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE VIEIRA DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a):

JOSE VIEIRA DOS SANTOS

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **PET4556 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **468748555** Chassi: **9C6KE1520G0104630**

Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **GASOLINA**

Descrição: **YAMAHA/FACTOR YBR125 K**

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE VINHA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA POR VOLTA DE DITO E MEIA NA RODOVIA RBR 104 SENTIDO CARUARU, NO LOCAL ESTAVA CHOVENDO BASTANTE. A VÍTIMA AFIRMA QUE QUANDO FOI LEVANTAR A VEÍCULO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VOOU A OMBRO DO LOCAL SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL REGINAL DO AGRESTE E EM SEGUIDA DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO NA CIDADE DE BEZERRAS LOCAL EM QUE PASSOU POR PROCEDIMENTO CIRURGICO.



10/06/2023

UNIDADE DE CIRCUNSCRIÇÃO

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


JOSE VIEIRA DOS SANTOS
(VITIMA)


B.O. registrado por: **CAMILA EMERENCIANO MATTOS** - Matrícula: **387504-0**



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 07/06/2023 12:35:22

Número do documento: 23060712350450600000132006619

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060712350450600000132006619>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/06/2023 12:35:05

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

898.939.304-30

4 - Nome completo da vítima:

JOSE VIEIRA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo:

JOSE VIEIRA DOS SANTOS

6 - CPF:

898.939.304-30

7 - Profissão:

REC. SNF

8 - Endereço:

RUA BRASILIA

9 - Número:

84

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

LOTTO PLANALTO

12 - Cidade:

TORITAMA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55125-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

81-99665-0454

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: 2551

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 0973

(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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - 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.

34

Impressão
e assinatura
da vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

TORITAMA 18/11/2019

JOSE VIEIRA DOS SANTOS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 07/06/2023 12:35:22

Número do documento: 23060712350450600000132006619

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060712350450600000132006619>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/06/2023 12:35:05



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista, Recife - PE, CEP 50090-002
CNPJ: 10.835.932/0001-05 | Fone: (81) 301343-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
CRISTIANE DE OLIVEIRA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA BRÁS LIA 64 1

CPF: 041.043.384-51

LOTTO PLANALTO/TORITAMA
TORITAMA-PE
55125-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4013263251	08/2019
DATA DO VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO PROXIMA LETURA
20/08/2019	11/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	174,10

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
073031315	UNICA	13/08/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
13/08/2019	2002950758	3899788

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	191,0000000	0,77545172	149,11
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,24
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,29
Contrib. Ilum. Pública Municipal			9,58
ICMS Subvenção CCE-NF 065499226 - 11/06/19			1,61
Multa por atraso-NF 065499226 - 11/06/19			3,67
Juros por atraso-NF 065499226 - 11/06/19			1,80
Atualização IGP-M-NF 065499226 - 11/06/19			1,38
PRO-CRIANÇA-(091/3412-6660) 0900 031 6999			3,00
Compensação DMIC 08/19			-1,39

TOTAL DA FATURA

174,10

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2181847541	CAT	11-07-2019	4 482,00	13-08-2019	4 651,00	33	1 000,00		169,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	CONSUMO (KWH)
AGO 18 191	
Jul 18 196	
JUN 18 238	
Mai 18 267	
ABR 18 268	
MAR 18 173	
FEV 18 170	
JAN 18 142	
DEZ 18 178	
NOV 18 174	
OUT 18 131	
SET 18 137	
AGO 18 108	

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	154,79	25,00	38,69
PIS	154,79	0,74	1,14
COFINS	154,79	3,42	5,29

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	12,97	24,87%
Transmissão	5,30	7,40%
Distribuição (Culpa)	32,85	2,00%
Perdas de Energia	10,28	1,65%
Encargos Setoriais	7,97	4,25%
Tributos	45,12	24,15%
Total	154,79	100%

Consumo Ativo (kWh)

TARIFAS APLICADAS

0,54813321

RESERVADO AO FISCO
AEE4 5F21 D084 2312 30B6 A744 511A B463

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pagamento pelo período de validade da tarifa social. O consumidor deve pagar a tarifa social em 12 parcelas mensais, a partir de 12/08/2019, até 11/09/2019. O valor de cada parcela é de R\$ 14,51. O valor total a ser pago é de R\$ 174,10. O consumidor deve pagar a tarifa social em 12 parcelas mensais, a partir de 12/08/2019, até 11/09/2019. O valor de cada parcela é de R\$ 14,51. O valor total a ser pago é de R\$ 174,10. O consumidor deve pagar a tarifa social em 12 parcelas mensais, a partir de 12/08/2019, até 11/09/2019. O valor de cada parcela é de R\$ 14,51. O valor total a ser pago é de R\$ 174,10.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

VENHO	DEVIDO	VALOR	VENHO	DEVIDO	VALOR
1807/19	13/08/19	109,63			

Este comunicado não substitui o boleto de cobrança e não constitui oferta de crédito. O consumidor deve pagar a tarifa social em 12 parcelas mensais, a partir de 12/08/2019, até 11/09/2019. O valor de cada parcela é de R\$ 14,51. O valor total a ser pago é de R\$ 174,10. O consumidor deve pagar a tarifa social em 12 parcelas mensais, a partir de 12/08/2019, até 11/09/2019. O valor de cada parcela é de R\$ 14,51. O valor total a ser pago é de R\$ 174,10.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site www.celpe.com.br. O consumidor deve pagar a tarifa social em 12 parcelas mensais, a partir de 12/08/2019, até 11/09/2019. O valor de cada parcela é de R\$ 14,51. O valor total a ser pago é de R\$ 174,10.



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50055-902
CNPJ 10.932.332/0001-08 (Insc. Est. 0002943-89) www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ALDRINA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CENTRO SURIUBIM
SURIUBIM PE
55750-000

CPF 945.334.444-04

**CLASSIFICAÇÃO
DE NECESSIDADE**

RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SEDE	PERÍODO
07/07/2019	12 A 4	01/10/2019
ANEXO	Nº DO CLIENTE	Nº DA NOTA FISCAL
07/07/2019	207110000	375.000

NOTA FISCAL	MÊS/ANO
7005749888	10/2019
DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
14/10/2019	07/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	102,74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	108.000000	0.8108252	87.55
Acrescimo Bandeira AMARELA			0.50
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5.01
Contrib. Sup. Pública Municipal			5.54
ICMS Substituição - CDE - NF 08024778-04/07/19			0.78
ICMS Substituição - CDE - NF 073044267-05/08/19			0.60
Multa por atraso - NF 073948394-04/09/19			1.35
Juros por atraso - NF 073948394-04/09/19			0.11

TOTAL DA FATURA

102,74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (Wh)
430714	LT	04/09/2019	36.128.00	07/10/2019	36.237.00	33	1.8400		108.00

GRÁFICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	25.00	22.28
PIS	1.25	1.35
COPINS	5.50	5.93

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição de Energia	R\$	%
Energia	85.46	81.88%
Energia	3.23	3.17%
Perdas de Energia	16.81	16.17%
Encargos Setoriais	6.17	5.93%
Tributos	4.81	4.65%
Total	103.48	100%

VALORES APLICÁVEIS R\$ 5492500

ISSA 003 EDOU 000 3000 PIS 000

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no boleto emitido pelo Banco de Pernambuco S.A. ou em dinheiro no caixa eletrônico. Não aceite boleto com data de vencimento posterior a 10 dias úteis da data de emissão. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br. O cliente é responsável por verificar a correta instalação e uso do medidor de energia. O cliente deve manter o medidor de energia sempre limpo e livre de obstáculos. O cliente deve manter o medidor de energia sempre limpo e livre de obstáculos. O cliente deve manter o medidor de energia sempre limpo e livre de obstáculos.

As condições gerais de fornecimento (REGULAMENTO DE PREÇOS) estão disponíveis no site www.celpe.com.br. O cliente deve manter o medidor de energia sempre limpo e livre de obstáculos. O cliente deve manter o medidor de energia sempre limpo e livre de obstáculos. O cliente deve manter o medidor de energia sempre limpo e livre de obstáculos.

CELPE
Serviços



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE VIEIRA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 898.939.304 / 30, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE VIEIRA DOS SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 898.939.304 / 30, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>RUA JOAO BATISTA</u>	Número	<u>320</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>	Cidade	<u>SURUBIM</u>	Estado	<u>PE</u>
				CEP	<u>55750-000</u>
Email	<u>_____</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>819-9665-0454</u>	Telefone celular (DDD)	<u>819 8133-5022</u>

SURUBIM, 18 de NOVEMBRO de 2019

Local e Data

Eduardo Fernandes

Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 07/06/2023 12:35:22

Número do documento: 23060712350450600000132006619

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060712350450600000132006619>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/06/2023 12:35:05



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr (a) **José Vieira dos Santos** ,esteve interno nesta unidade de saúde no período do dia **19/07/2019** e foi transferido para outra unidade hospitalar **19/07/2019**. Registro Hospitalar: **342113**.

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 20 de Agosto 2019

109.794.975/0269-27
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232 - Km 130
Indianópolis - PE CEP 55000-000

setor de Arquivo (same)

Avenida José Rodrigues de Jesus - Br. 232- Km 130 S/N- Bairro Indianópolis Caruaru – PE- CEP
55.024.000

CNPJ- 10.572.048/0014-42 - Fone: 0xx81-3719 9346 / 3719.9400 (SAME)



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido

☒ Transferência: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: 14.07.2019 Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

20/08/2019 16:06:40
2 de 2

Usuario do Atendimento
SERGIOHS



NOME: João Vitor da Silva

REG.: 126426

DATA DE NASCIMENTO: 17 / 04 / 1975 ;

DATA DA CIRURGIA: 23 / 04 / 2019

DIAGNÓSTICO: Furto de plav. m. 1/5 T3/4
Unid. m. 1/5 Cr. 3-5-821

TRATAMENTO: Cirurgia e pós-operatório
com medicação 20. 1. 19

13 / 04 / 2019 600.4

MOTIVO DO RETORNO: Pós P/S m.

2. 1. 19 m. 1/5 T3/4
1. 1. 19 m. 1/5 T3/4

João Marilton V. Costa
Tratamento Ortopédico
CRM-PE 5988



NOME: João Vitor dos Santos

REG.: 126426

DATA DE NASCIMENTO: 17 / 04 / 1975

DATA DA CIRURGIA: 23 / 04 / 2019

DIAGNÓSTICO: Fratura plana da tíbia
lobulada - MIE Cr. 3-5-821

TRATAMENTO: Clareamento
Completo do

13 / 04 / 2019 600h

MOTIVO DO RETORNO: 1.º PS

1.º PS - sem dor
1.º PS - sem dor

João Marilene V. Costa
T. 011-3061-0100
C. 011-3061-0100

13/08/15 v m 30 seg
notas. 8 de 115
revisão 24/09/15

C/ Lr.

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedista
CRM-PE 5930

24/09/15. 60 v. r.

pa e testes de volume
pa e testes de volume
revisão 19/11/15 e
fraturas pa e

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedista
CRM-5983

19/11/15 1/6 v. r. - testes
Ortopedista em tra. 100-
jogo normal. 1/3 m
pa paus na

9/15

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedista
CRM-PE 5930

ELIZABETH MOTA DA SILVA

De: ELIZABETH MOTA DA SILVA
Enviado em: quarta-feira, 22 de abril de 2020 08:18
Para: 'dpvat.sp@genteseguradora.com.br'
Assunto: SEGURO DPVAT - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA
Anexos: GENTESEGURADORA.22.04.2020.xlsx

Prioridade: Alta

Prezados, bom dia.

Em continuidade às ações relativas ao Projeto Movimentação Remota, conforme detalhado na Circular DOPTI 002/2020, encaminhamos a lista de sinistros selecionados pela Seguradora Líder para o prosseguimento da regulação com base em critérios específicos de análise e mitigação de riscos técnicos, jurídicos e de fraudes.

Ressaltamos que a etapa de recepção de documentos foi realizada por meio de ações que independeram de contato presencial e destacamos que a movimentação remota do documento pendenciado não deve ser objeto de novo pendenciamento.

Favor executar a ação “concluir regulação” no sistema SIS DPVAT-SINISTROS, preenchendo o Parecer Técnico com a seguinte informação:

“ Parecer favorável em parceria com a Seguradora Líder no âmbito do Projeto Movimentação Remota.”

Reforçamos que a lista de processos de regulação selecionados para o Projeto encontra-se anexa, logo, não será permitida a indicação de outros casos, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto a sinistros:

- (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
- (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.

Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação constantes do Manual de Recepção e Regulação em relação aos sinistros avisados durante o período em que estiver sendo executado este Projeto.

Contamos com o empenho e agilidade de todos os envolvidos no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.

Eventuais dúvidas devem ser enviadas para o e-mail consultas.dpvat@seguradoralider.com.br, devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

Atenciosamente,

Atenciosamente,

Elizabeth Mota da Silva
Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica
elizabeth.silva@seguradoralider.com.br
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4048



www.seguradoralider.com.br



Rua da Assembleia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.
[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)





VÁLIDA EM TODOS
OS TERMINAIS NACIONAIS
1219484604

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0406996/19

Vítima: JOSE VIEIRA DOS SANTOS

CPF: 898.939.304-30

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE VIEIRA DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

JOSE VIEIRA DOS SANTOS : 898.939.304-30

- 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: 19/11/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 07/06/2023 12:35:22
Número do documento: 23060712350450600000132006619
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060712350450600000132006619>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/06/2023 12:35:05

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: **3190647019** Data da solicitação: **11/05/2020**
Nome do beneficiário: **JOSE VIEIRA DOS SANTOS** CPF do beneficiário: **898.939.304**
Nome do solicitante: CPF do solicitante: **80**

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (**81**) **99665-0454** Tel. Comercial: () Tel. Residencial: ()
E-mail: **cc**

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, Informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:
☐ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IMIL
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☒ Outros: **DOC. JMA (GEM)** (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

NÃO FOI LIBERADO O VALOR A QUE TEM DIREITO.

JOSE VIEIRA DOS SANTOS
Local e Data
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rgo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rgo).



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190647019

Cidade: Caruaru

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE VIEIRA DOS SANTOS

Data do acidente: 19/07/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:
Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PMR - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA

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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 07/06/2023 12:35:22
Número do documento: 23060712350450600000132006619
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060712350450600000132006619>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/06/2023 12:35:05

Num. 135141700 - Pág. 32

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190647019

Cidade: Caruaru

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE VIEIRA DOS SANTOS

Data do acidente: 19/07/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA. NÃO FOI VISUALIZADA, DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA, QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE, SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190647019

Cidade: Caruaru

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE VIEIRA DOS SANTOS

Data do acidente: 19/07/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA. NÃO FOI VISUALIZADA, DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA, QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE, SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190647019

Cidade: Caruaru

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE VIEIRA DOS SANTOS

Data do acidente: 19/07/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações: PÁG. 1(ANEXO 1)_LAUDO MÉDICO.

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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: JOSE VIEIRA DOS SANTOS
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 4.600.428 SDS/PE CPF: 898.939.304-30
DATA DO ACIDENTE: 19/07/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: JOSE VIEIRA DOS SANTOS
ENDEREÇO: RUA BRASILIA, 84, LOTTO PLANALTO, TORITAMA- PE

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: FUNCIONÁRIO PÚBLICO APOSENTADO
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA

TORITAMA - PE 16 DE AGOSTO 2019.

X *Jose Vieira Dos Santos*

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Serventia do Registro Civil e Tabelionato de Notas de Pão de Açúcar/Taquaritinga do Norte-PE

Reconheço por autenticidade a firma de JOSE VIEIRA DOS SANTOS que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé. Pão de Açúcar/Taq do Norte 16 de setembro de 2019 Valor Total R\$ 4,91 Selo: 0076356.YB309201903.00052 Em testemunho da verdade. Maria Eugenia Ramos Albuquerque Rodrigues (Oficial Interina)





SERVENTIA DE NOTAS E REGISTRO CIVIL-DISTRITO DE PÃO DE AÇÚCAR - TAQUARITINGA DO NORTE-PE
CNPJ: 33.956.670/0001-35
Rua Presidente Castelo Branco, 05, centro
CEP: 55.798 - 000
Bela. Maria Eugenia R. Albuquerque Rodrigues
Oficiala Interina



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0406996/19

Vítima: JOSE VIEIRA DOS SANTOS

CPF: 898.939.304-30

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE VIEIRA DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

JOSE VIEIRA DOS SANTOS : 898.939.304-30

- 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: 19/11/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 07/06/2023 12:35:22
Número do documento: 23060712350450600000132006619
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060712350450600000132006619>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/06/2023 12:35:05

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0406996/19

Número do Sinistro: 3190647019

Vítima: JOSE VIEIRA DOS SANTOS

CPF: 898.939.304-30

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE VIEIRA DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 13/12/2019

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

