



Número: **0066451-09.2019.8.17.2001**

Classe: **OUTROS PROCEDIMENTOS DE JURISDIÇÃO VOLUNTÁRIA**

Órgão julgador: **Seção B da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.530,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDSON ALMEIDA DA SILVA (AUTOR)		maria do socorro almeida de macedo dasaev costa (ADVOGADO)	
COMPREV SEGURADORA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71083908	16/11/2020 17:38	2745235_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00664510920198172001

COMPREV SEGURADORA S/A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RAHAVANA VALESKA ALMEIDA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado *o quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,
RECIFE, 12 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0066451-09.2019.8.17.2001**

Classe: **OUTROS PROCEDIMENTOS DE JURISDIÇÃO VOLUNTÁRIA**

Órgão julgador: **Seção B da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.530,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDSON ALMEIDA DA SILVA (AUTOR)		maria do socorro almeida de macedo dasaev costa (ADVOGADO)	
COMPREV SEGURADORA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71083909	16/11/2020 17:38	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318921

Vítima: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

Data do Acidente: 07/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO SOCORRO ALMEIDA DE MACEDO DASA EV COSTA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

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

Autorização de pagamento não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Boletim de ocorrência ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

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. 01931/01932 - carta_03 - INVALIDEZ

00050966



Carta nº 14307881





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, 15 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190318921

Vítima: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

Data do Acidente: 07/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO SOCORRO ALMEIDA DE MACEDO DASA EV COSTA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14308670

Pag. 00833/00834 - carta_01 - INVALIDEZ





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 Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318921

Vítima: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

Data do Acidente: 07/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO SOCORRO ALMEIDA DE MACEDO DASA EV COSTA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

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

Autorização de pagamento não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Comprovante de residência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração do Proprietário do Veículo incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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. 00461/00462 - carta_03 - INVALIDEZ

00070231



Carta nº 14367852





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, 24 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318921

Vítima: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

Data do Acidente: 07/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO SOCORRO ALMEIDA DE MACEDO DASA EV COSTA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovante de residência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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. 01683/01684 - carta_03 - INVALIDEZ

00040842



Carta nº 14478044





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, 02 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318921

Vítima: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

Data do Acidente: 07/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO SOCORRO ALMEIDA DE MACEDO DASA EV COSTA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

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

Autorização de pagamento não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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. 01921/01922 - carta_03 - INVALIDEZ

00050961



Carta nº 14516017





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

Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190318921

Vítima: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

Data do Acidente: 07/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO SOCORRO ALMEIDA DE MACEDO DASA EV COSTA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00171/00172 - carta_02 - INVALIDEZ

00060086



Carta nº 14546781





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, 31 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190318921

Vítima: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

Data do Acidente: 07/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO SOCORRO ALMEIDA DE MACEDO DASA EV COSTA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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. 01335/01336 - carta_25 - INVALIDEZ





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

453.903.904-4 Rhaizana Valesca Almeida da Silva

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

Nome completo:

Edson Almeida da Silva

CPF:

062.548.694-71

Profissão:

Motoboy

Endereço:

Rua Guomabara

Número:

110

Complemento:

Bairro:

Riocho Novo

Cidade:

Escada

Estado:

DE

CEP:

55500-000

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUZO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data:

Recife, 10-05-19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

COMPROMISSO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

11 MAI 2019

2ª Nome:

CPF:

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

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

FPS.001 V001/2018



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 433.903.904-2 Nome completo da vítima: Rhariana Valesca Almeida da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 448/2012

Nome completo: Edson Almeida da Silva CPF: 062.548.694-7

Profissão: Motorista Endereço: Rua Guamará

Bairro: Riocho Novo Cidade: São Paulo Estado: DE CEP: 55500-000

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

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

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1540 CONTA: 00126291

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☒ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ 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.

Local e Data: Recife, 10-05-19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Rhariana Valesca Almeida da Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

3ª Nome: _____

CPF: _____

4ª Nome: _____

CPF: _____

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

FP.001 V001/2018





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Exatidão o(a) tipo(s) de acidente: ☐ DANOS (DESPEJAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

NP do driver ou ASL: _____ CPF da vítima: 433.903.904-4 Edson Almeida da Silva Obstrução da Sístia

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDIMENTO DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUPLEN 00-4/2013

Nome completo: Edson Almeida da Silva CPF: 062.548.694-7
Profissão: Motorista Endereço: Rua Guomaraes Número: 170 Complemento: _____
Bairro: Riocho Novo Cidade: Bomito Estado: DE CEP: 55500-000
E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

Declaro, para todos os fins de direito, residir na endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ANEXAR UMA CÓPIA DE CUPOM

☐ CONTA POUPANÇA (serviço para os bancos citados. Anotar uma opção)
☐ Bradesco (207) ☐ Itaú (241)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1540 08 (informar e digitar o código)

CONTA: 00126291 1 (informar e digitar o código)

AGÊNCIA: _____ (informar e digitar o código)

CONTA: _____ (informar e digitar o código)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INIL - 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 cobertura do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (selecione uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito e pressuposto de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, seja considerado e processado, apresentando, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica as causas do Segurado Líder para verificação da existência ou não de invalidez permanente decorrente do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não implica prova pré-constituída com futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÔNISCOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tenha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou esposo(a) ou parceiro(a)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou filhos? ☐ 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 provarão esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer erro ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 239 do Código Penal.

Local e Data: Recife, 10-05-19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROSTO
Edson Almeida da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (mediante)
Edson Almeida da Silva
Assinatura da Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE
11 MAI 2019

(*) A vítima/beneficiário não habilitado deverá assinar sobre postas habilitadas, antes e após, para preencher e enviar o presente formulário, A SEU ROSTO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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:
713-903-904-62

4 - Nome completo da vítima:
RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

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

5 - Nome completo:
RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

6 - CPF:
713-903-904-62

7 - Profissão:
NÃO INFORMA

8 - Endereço:
ET DA USINA

9 - Número:
328

10 - Complemento:

11 - Bairro:
MURIBEQUINHA

12 - Cidade:
JABOATÃO DOS GUARARAPES

13 - Estado:
PE

14 - CEP:
54360-465

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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:
EDSON ALMEIDA DA SILVA

18 - CPF do Representante Legal:
062-578-694-71

19 - Profissão do Representante Legal:
NÃO INFORMA

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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: 1580

CONTA: 00126291

1

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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 (foi nascido)? ☐ 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

RECIFE 02/07/2019

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

713-903-904-62

4 - Nome completo da vítima:

RHAYANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

5 - Nome completo:

RHAYANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

6 - CPF:

713-903-904-62

7 - Profissão:

NÃO INFORMA

8 - Endereço:

ET DA USINA

9 - Número:

328

10 - Complemento:

11 - Bairro:

MURIBEQUINHA

12 - Cidade:

JABOATÃO DOS GUARARAPES

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

54360-065

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 25 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

EDSON ALMEIDA DA SILVA

18 - CPF do Representante Legal:

062-578-694-71

19 - Profissão do Representante Legal:

NÃO INFORMA

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 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:

☒ CONTA POUQUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anote uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1580

CONTA: 00126291

1

(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:

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

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

☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realize perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias de validade.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:

24 - CNE de 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 rascunho(a) resciso?

☐ 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 rogo/s pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/s pedido

37 - (") Assinatura de quem assina a rogo/s pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

RECIFE 02/07/2019

Edson Almeida da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



CAIXA
CORREIOS E TELÉFONOS

AUTO-ATENDIMENTO - PAE FORUM RECIFE II
DATA: 19/06/2019 HORA: 09:28:31
TERMINAL: 27175008 CONTROLE: 271750080061

AGENCIA: 1580 - PRAIA DA PIEDADE
CONTA: 013.00126291-1
CLIENTE: EDSON ALMEIDA DA SILVA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
ULTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE
DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
DATA VALOR
10/06 0,80

MOVIMENTACAO
DATA NR.DOC HISTORICO VALOR
SALDO ANTERIOR 2,90C
18/05 000000 REM BASICA 0,00C
25/05 000000 REM BASICA 0,00C
27/05 190514 SAQUETERMINAL 2,10C

Junho
10/06 000000 REM BASICA 0,00C

RESUMO EM 18/06 0,80C
SALDO

RESUMO DO DIA 0,80C
SALDO DISPONIVEL 0,00
SALDO BLOQUEADO 0,80C
SALDO TOTAL

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-725 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha a(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DABS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº da Seguradora ASIL

3 - CPF da vítima:

713.903.904-62

4 - Nome completo da vítima:

RHAYANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR EUSEP Nº 404/2012

5 - Nome completo:

RHAYANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

6 - CPF:

713.903.904-62

7 - Profissão:

NÃO INFORMADA

8 - Endereço:

ESTRADA DA USINA

9 - Número:

328

10 - Complementos:

11 - Bairro:

MURBECUINHA

12 - Cidade:

JABOTÃO DOS GUARARAPES

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

54380-465

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(81) 98894.7576

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

EDSON ALMEIDA DA SILVA

18 - CPF do Representante Legal:

1162578494-71

19 - Profissão do Representante Legal:

NÃO INFORMADA

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ NÃO SE ENQUADRA

☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$7.500,00

☐ R\$7.501,00 ATÉ R\$15.000,00

☐ ACIMA DE R\$15.000,00

21 - BANCO BANCÁRIO:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR OU CURADOR)

☒ CONTA POLIPLANÇA (Conta para os bancos atrelado, forneça uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (342)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Bancos bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1580

CONTA: 013.00126291

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o código do banco)

(Informe o código do banco)

(Informe o código do banco)

(Informe o código do banco)

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 CAUSO DO IMIL - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não houve qualquer fato ou circunstância que tenha ocasionado o acidente ou a doença que deu origem ao sinistro, nem tampouco qualquer fato ou circunstância que tenha ocasionado a morte ou a invalidez permanente da vítima.

☐ Não há IMIL que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordar de seu resultado.

DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorciado ☐ Viúva (ou não) ☐ Outros (informar o nome completo) ☐ Não sabe

24 - Grau de Parentesco com a vítima:

25 - Vítima deixou algum herdeiro(a): ☐ Sim ☐ Não

26 - Se a vítima deixou algum herdeiro(a), informar o nome completo:

27 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

28 - Se filha filha, informar vivos: ☐ Sim ☐ Falecidos: ☐ Sim ☐ Não

29 - Vítima deixou algum herdeiro(a)? ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou algum herdeiro(a)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima deixou algum herdeiro(a)? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se filha filha, informar vivos: ☐ Sim ☐ Falecidos: ☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou algum herdeiro(a)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que eu apresentar e aprovar esta declaração, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a suspensão de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura da vítima/beneficiário

35 - Nome legít. de quem assina o req/a pedido

36 - CPF legít. de quem assina o req/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina o req/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e data, 15/02/2019 - Jabotão dos Guararapes - PE

41 - Assinatura da Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declaração)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CPF: 1162578494-71



1 de 2

09/10/2018 16:08

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/3D37/infopol/xm/BOEPreview.html



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO
AGOSTINHO - DP40ªCIRC DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0130006378**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/10/2018** às
16:46

Complementa o BO Número: **18E0130006377**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **7/9/2018** no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CHARNECA (BAIRRO), 1** - Bairro:
CHARNECA - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO 1 (AUTOR/AGENTE)
MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA (NOTICIANTE)
DESCONHECIDO 2 (OUTRO)
RHAYANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO 1



DESCONHECIDO 1

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

DESCONHECIDO 1 (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA Pai: EDSON ALMEIDA DA SILVA Data de Nascimento: 9/9/1981 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 19489126/SDS/PE (RG) 71396386462 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ESCADA, 119, RUA GUANABARA - CEP: 8 - Bairro: RIACHO DO NAVIO - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO 2 (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DOS PRAZERES DE LIMA Pai: DOMINGOS SOARES DA SILVA Data de Nascimento: 19/2/1981 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:



1 de 2

09/10/2018 16:44

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/Infopol/xml/BOEPreview.html

6710878/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Telefones Celulares: 85806341

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE RECIFE, 61, RUA PRAIA CANOA QUEBRADA VILA DOS PALMARES MURIBEGA - CEP: 55068-900 - Bairro: CENTRO - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO 1, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO 1 Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

CAMIONETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO 2, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO 1 Categoria/Marca/Modelo: CAMIONETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: HJE1211 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

INFORMA A MÃE DA VÍTIMA QUE A SUA FILHA ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA JUNTAMENTE COM O SEU MARIDO QUANDO UMA CAMIONETA COM O CONDUTOR COM SINAIS DE EMBREAGUEZ SEGUNDO A NARRATIVA DA MÃE DA VÍTIMA COLIDU NA PERNA DA VÍTIMA QUE ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA E O CONDUTOR ACUSADO EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO A VÍTIMA QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA.

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

RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA



(VITIMA)

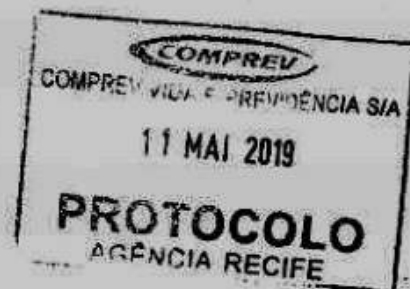
MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA *Mario do Carmo Lima*
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: WASHINGTON BATISTA LIMA Matrícula: 328618-S

W. Lima

09/10/2018 16:44





1 de 2

09/10/2018 16:08

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/3D31/infopol/xm/BOEPreview.html



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO
AGOSTINHO - DP40ªCIRC DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0130006378**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/10/2018** às
16:46

Complementa o BO Número: **18E0130006377**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **7/9/2018** no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CHARNECA (BAIRRO), 1** - Bairro:
CHARNECA - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO 1 (AUTOR/AGENTE)
MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA (NOTICIANTE)
DESCONHECIDO 2 (OUTRO)
RHAYANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO 1



DESCONHECIDO 1

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

DESCONHECIDO 1 (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA Pai: EDSON ALMEIDA DA SILVA Data de Nascimento: 9/9/1981 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 19489126/SDS/PE (RG) 71396386462 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ESCADA, 119, RUA GUANABARA - CEP: 8 - Bairro: RIACHO DO NAVIO - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO 2 (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DOS PRAZERES DE LIMA Pai: DOMINGOS SOARES DA SILVA Data de Nascimento: 19/2/1981 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:



1 de 2

09/10/2018 16:44

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/Infopol/xml/BOEPreview.html

6710878/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Telefones Celulares: 85806341

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE RECIFE, 61, RUA PRAIA CANOA QUEBRADA VILA DOS PALMARES MURIBEGA - CEP: 55068-900 - Bairro: CENTRO - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO 1, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO 1 Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

CAMIONETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO 2, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO 1 Categoria/Marca/Modelo: CAMIONETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: HJE1211 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

INFORMA A MÃE DA VÍTIMA QUE A SUA FILHA ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA JUNTAMENTE COM O SEU MARIDO QUANDO UMA CAMIONETA COM O CONDUTOR COM SINAIS DE EMBREAGUEZ SEGUNDO A NARRATIVA DA MÃE DA VÍTIMA COLIDU NA PERNA DA VÍTIMA QUE ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA E O CONDUTOR ACUSADO EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO A VÍTIMA QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA.

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

RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA



(VITIMA)

MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA *Mario do Carmo Lima*
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: WASHINGTON BATISTA LIMA Matrícula: 328618-S

Washington Batista Lima

09/10/2018 16:44



10/06/2019

Boletim de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO - DP40ªCIRC
DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0130004050

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/06/2019 às 15:10

Complementa o BO Número: 18E0130006378

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 7/9/2018 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CHARNECA (BAIRRO), 1 - Bairro: CHARNECA - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO 1 (AUTOR / AGENTE)
MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA (NOTICIANTE)
DESCONHECIDO 2 (OUTRO)
ADRIANO BATISTA DOS SANTOS (OUTRO)
RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO 1
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO 1



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

DESCONHECIDO 1 (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA Pai: EDSON ALMEIDA DA SILVA Data de Nascimento: 9/9/2001 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10409186/SDS/PE (RG), 71390390462 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ESCADA, 110, RUA GUANABARA - CEP: 0 - Bairro: RIACHO DO NAVIO - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO 2 (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DOS PRAZERES DE LIMA Pai: DOMINGOS SOARES DA SILVA Data de Nascimento: 16/2/1981 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6710878/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Telefones Celulares: - 85806841

file:///C:/Users/SDS/infopol/mf/BOEPreview.html

1/2



10/06/2019

Boletim de Ocorrência

Endereço Residência: **MUNICÍPIO DE RECIFE, 1, RUA PRAIA CANOA QUEBRADA VILA DOS PALMARES MURIBECA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

ADRIANO BATISTA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ADRIANO BATISTA DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO 1**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGO8674** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

CAMIONETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO 2**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO 1**

Categoria/Marca/Modelo: **CAMIONETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJE1211** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

INFORMA A MÃE DA VÍTIMA QUE A SUA FILHA ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA JUNTAMENTE COM O SEU MARIDO QUANDO UMA CAMIONETA COM O CONDUTOR COM SINAIS DE EMBREAGUEZ SEGUNDO A NARRATIVA DA MÃE DA VÍTIMA COLIDU NA PERNA DA VÍTIMA QUE ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA E O CONDUTOR ACUSADO EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO A VÍTIMA QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA.

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

Rhavana Valesca Almeida da Silva
RHAVANA VALESKA ALMEIDA DA SILVA
(VÍTIMA)

MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **MARIA DAS DORES NEVES FURTADO** - Matrícula: **220.970-5**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

453.903.904-4 Rhaizana Valesca Almeida da Silva

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

Nome completo:

Edson Almeida da Silva

CPF:

062.548.694-71

Profissão:

Motoboy

Endereço:

Rua Guomabara

Número:

110

Complemento:

Bairro:

Riocho Novo

Cidade:

Escada

Estado:

DE

CEP:

55500-000

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUZO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data:

Recife, 10-05-19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Edson Almeida da Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

COMPROMISSO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

11 MAI 2019

2ª Nome:

CPF:

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho
Secretaria Municipal de Saúde



DECLARAÇÃO

Consta em nº de ocorrência **S523762** que o SAMU Cabo de Santo Agostinho foi solicitado para prestar atendimento a menor **Rhavana Valesca Almeida da Silva**, portadora da cédula de Identidade nº **10.409.186 SDS PE** e CPF: **713.903.904 - 62**; no dia 07 setembro de 2018, às 19h37, na Rua dos Funcionários s/n Pirapama, Cabo Centro, Cabo de Santo Agostinho, vítima de colisão de caminhão com motocicleta.

A mesma foi atendida no local e posteriormente removida para o Hospital Dom Helder Câmara.

Cabo de Santo Agostinho, 15 de outubro de 2018.

Atenciosamente,

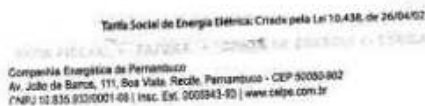


Fábio Marinho
Coord. Geral
SAMU CABO
Fábio Marinho
Coord. Geral
SAMU 192 Cabo
Mat. 43.080



Endereço: Av. Josefa Ana Conceição Itapuama – Cabo de Santo Agostinho
Fone: 3524 – 6099 E-MAILS: samucabo192@yahoo.com.br





RECEIVED BY DIRECTOR, CONSUMER
BIA-3071-BARA 110

RIACHO NAVIO ESCADA
ESCADA PE
06500-000

CONTRA CONTRATO **NESSUNO**

4007335488

CONCLUSION

18/09/2018

09/2018

11/10/2018

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
031266741	18434	11/09/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
11/09/2018	2018001738	1065779

19.69

Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Inc.

[illegible]

TOTAL CA FATS: 9.4

Nº DO MEDIDOR	TÍPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
317344070	EAT	10/06/2016	4.225,25	14/06/2016	4.140,00	10	1.000,00		87,25

[illegible]

Copyright © 2005 by The McGraw-Hill Companies, Inc.
All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage and retrieval system, without prior written permission from The McGraw-Hill Companies, Inc.

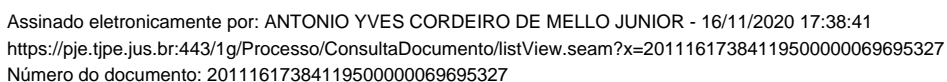
FEF 3164 453A 0316 FEB 25 86 8657 UC32

1520-7179/00/0000-0000\$10.00/0

Apaga los puntos más profundos de la vida: la fe. Los miembros de la parroquia de Santa Cecilia (Lima) se reúnen en la parroquia de Santa Cecilia para celebrar la Eucaristía. En la foto, el sacerdote celebra la Eucaristía. En la foto, el sacerdote celebra la Eucaristía. En la foto, el sacerdote celebra la Eucaristía.

Assessment: Two persons are
interviewed for 10 minutes each.
45-55% of the time, the person
who is the professor or teacher is
the one who is interviewed. The
interviewer is the professor or teacher.
The interview is conducted in a
structured manner. The interview
is conducted in a structured manner.

TÍTULOS E VALORES DE AVALIAÇÃO					TÍTULOS NOMINAIS (V)		LIMITE DE VARIAÇÃO (%)		VALOR
CONDIÇÕES	VALOR DE AVALIAÇÃO	LIMITE ANUAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	ANUAL	TRIMESTRAL			
0,00	5,31	11,83	0,00	270	202	231			
0,00	7,43	6,80	12,79						
0,00	3,46	0,00	0,00						



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

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
(0800) 010.835 (010/0001-08) | Insc. Est. 0005943-02 | www.celpe.com.br

MARIA MAHYLA SILVA

RECEIVED BY DIRECTOR, CONSUMER
BIA-3071-BARA 110

C2F 187 155 214 30805 H505009796

RIACHO NAVIO ESCADA
ESCADA PE
06500-000

CONTRA CONTRATO **NESSUNO**

BA RESIDENCIAL
SANTA FÉ COM LUS
Módulo 30

4007335488

DISCUSSION

09/2018

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE
-------------------	-------

18/09/2018

1000

031268741 184CA

109/2018
DA INSTALAÇÃO

TOTAL & PAGAR (RS)

100

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE
_____	_____

086273

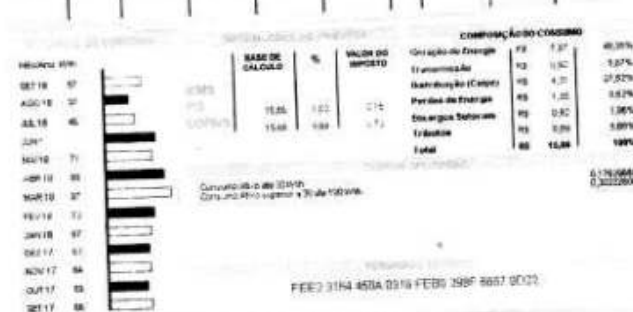
19.6

Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Ltd.

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Contêiner 40'x6'00" 30T/27m	30,00000000	R 10690458	5,50
Consumo MOTO 40'x6'00" 30T/27m	30,00000000	R 37048215	9,85
Artesanato Bateria 15 FME/10m			1,43
Condição de Bateria 15 FME/10m			2,70
Multa por atraso 15 FME/150017 - 11/07/18			0,23
Juros por atraso 15 FME/150017 - 11/07/18			0,28
Adição de 30 FME/15 FME/150017 - 11/07/18			0,94
PRD-CRANEA (0812412-58891000 031 9891)			0,90

TOTAL CA FATS: 9.4

Nº DO MENSUR	TÍPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (R\$)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
313148070	CAI	10/06/2016	4.285,22	11/06/2016	4.142,30	30	1,00000		97,90

[illegible][illegible]

CONSUMO	VALOR APLICADO	LIMITE DIÁRIO	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TELAÇÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (M)	
						MINIMO	MAXIMO
0,20	5,91	11,81	23,64	0,70	232	231	
0,00	7,42	0,00	13,79				
0,00	3,48	0,00	0,00				





Tarifa Social de Energia Elétrica - Criada pela Lei 10.438, de 26/04/00
SUA TARIFA SOCIAL - 2018/11 - 0287489021 - 11/2018
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 51020-432
CNPJ 10.935.932/0001-06 | Fone: 81 3294-1111 | www.celpe.com.br

2018/11/11

MAIRIA NEZIDITH DE LIMA VASCO

WILLIAM JOSÉ VITA SOUZA
CNPJ 08.521.499/0001-06

CPF: 000.115.144.14

WILLIAM JOSÉ VITA SOUZA
CPF: 000.115.144.14

CLASSIFICAÇÃO

COTA CONTRATO

MÊSANO

BT RESIDENCIAL

0287489021

11/2018

Nº DA NOTA FISCAL

SÉRIE

EMISSÃO

DATA DE VENCIMENTO

DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA

04099/01

11/11

11/11/2018

30/11/2018

26/12/2018

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TOTAL A PAGAR (R\$)

303,07

24110218

11/11/2018

11/11/2018

303,07

303,07

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Adicional	14,100000	0,724000	10,1960
Atividade Básica - VASARELA			3,74
Atividade Básica - VASARELA			3,74
Consumo Básico - VASARELA			29,42
Consumo Básico - VASARELA			3,74
Consumo Básico - VASARELA			10,1960

WDO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	WDO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
11/11/2018	11/11/2018	11/11/2018	11/11/2018	11/11/2018	11/11/2018	11/11/2018	11/11/2018

WDO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	WDO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
11/11/2018	11/11/2018	11/11/2018	11/11/2018	11/11/2018	11/11/2018	11/11/2018	11/11/2018

WDO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	WDO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
11/11/2018	11/11/2018	11/11/2018	11/11/2018	11/11/2018	11/11/2018	11/11/2018	11/11/2018

WDO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	WDO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
11/11/2018	11/11/2018	11/11/2018	11/11/2018	11/11/2018	11/11/2018	11/11/2018	11/11/2018

WDO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	WDO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
11/11/2018	11/11/2018	11/11/2018	11/11/2018	11/11/2018	11/11/2018	11/11/2018	11/11/2018

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
11 MAI 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

**DADOS DO CLIENTE**EDMILSON DA PENHA SILVA
MCID054P03

CPF: 773 578 644-49 NIS: 21251178026

CLASSIFICAÇÃOB1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDIMENTO

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	PERÍODO
063409727	UNICA	24/05/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
31/05/2019	201662103	6882328

Consumo Aprox 30 kWh
Acréscimo Bandeira AMARELA
Compensação DIC Trimestral 01/19
Compensação OMC 03/19

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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICACompanhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, São Vito, Recife - PE, CEP 50065-902
CNPJ 10.836.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-02 | www.celpe.com.br**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**
ET DA USINA 328 AP-3 BL-H QD-VMURIBEQUIBA/JABOATÃO
JABOATÃO DOS GUARARAPES PE
54390-465

CONTA CONSUMO	MES/ANO
7030714525	05/2019
DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
07/06/2019	22/06/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	5,04

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Aprox 30 kWh	30,0000000	0,16531594	5,04
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,08
Compensação DIC Trimestral 01/19			-0,36
Compensação OMC 03/19			-0,51

TOTAL DA FATURA		DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL	
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL
01627377	CAI	28-04-2019	11-05-2019
		11,20	12,00
			24
			1,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTAÇÃO	
MES/ANO	CONSUMO (kWh)	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPORTE
MAR-19	30	ICMS	0,08
ABR-19	30	PIS	0,31
MAR-19	30	COPIS	0,31
FEV-19	30		
JAN-19	30		
DEZ-18	30		
NOV-18			
OUT-18			
SET-18			
AGO-18			
JUL-18			
JUN-18			
MAY-18			

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data de emissão da presente nota fiscal, o cliente não possui débitos em aberto junto à CELPE. O cliente é responsável por manter a instalação elétrica em conformidade com as normas técnicas vigentes e por garantir a segurança do sistema de energia elétrica. O cliente é responsável por manter a instalação elétrica em conformidade com as normas técnicas vigentes e por garantir a segurança do sistema de energia elétrica.

TENSÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTORES		MÉDIA DE TENSÃO	
CONSUMO	VALOR	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
JABOATÃO	13,24	220	220
RECIFE	6,86	220	220
OLINDA	12,17	220	220







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **062.578.694-71**

Nome: **EDSON ALMEIDA DA SILVA**

Data de Nascimento: **11/03/1983**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **10/10/2003**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **09:29:09** do dia **11/05/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **0147.FB55.A87E.1503**



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
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 062.578.694-71

Nome: **EDSON ALMEIDA DA SILVA**

Data de Nascimento: 11/03/1983

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: 10/10/2003

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 09:29:09 do dia 11/05/2019 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 0147.FB55.A87E.1503



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

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190318921 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA **Data do acidente:** 07/09/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO ACETÁBULO E ILÍACO A ESQUERDA

Descrição do exame físico: ENCURTAMENTO VISÍVEL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, COM MARCHA CLAUDICANTE E USO DE BENGALA. LIMITAÇÃO MODERADA DO ARCO DE MOVIMENTO DO QUADRIL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO TOTAL DAS FRATURAS, MAS COM ALINHAMENTO ANATÔMICO IRREGULAR, EVOLUINDO COM ENCURTAMENTO E MARCHA CLAUDICANTE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 15/07/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

