

Rio de Janeiro, 21 de Abril de 2016

Carta nº: 8998224

A/C: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Sinistro: 3160176361 ASL-0128209/16
Vítima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS
Data Acidente: 12/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 001

Agência: 000000246-1

Conta: 000010037183-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3160176361 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA VINTE E UM nº 05 - TANCREDO NEVES - SERRA TALHADA/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 9212560 - SSP**
Data local do exame: **31/03/2016 SERRA TALHADA/PE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

te com ferimento no crânio

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

tratamento clínico conservador mais sutura

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

cefaleia e síndrome vertiginosa

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vítima em tratamento ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

snc

☒ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - SERRA TALHADA, 31/03/2016

Médico Perito: JOAO CESAR DA CUNHA CRM: 10990-PE

Assinatura do perito Examinador - CRM



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

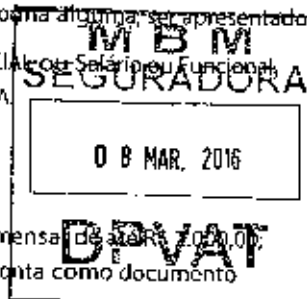
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Genildeilson Mateus Bezerra Santos
 PORTADOR(A) DO RG Nº 9-212-560 EXPEDIDO POR SDS-PE EM 29/09/2014
 CPF 110016069-33 / CNPJ 00000000-00000000, PROFISSÃO Aquicultor
 E RENDA MENSAL DE R\$ 400,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Genildeilson Mateus Bezerra Santos AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Sussep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 200,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0281 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 37 183-1

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Bernardo Talhada de Fevereiro de 2016 LOCAL E DATA
Genildeilson Mateus B. Santos ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO
(07/03/2016)

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Banco Postal

*** Extrato da Conta Corrente ***

Agência : 32381634-40 SEBRA TALHADA
Terminal: 32316318 Id. Trx: 250854
Nro Aut : 893842 Caixa : 85084181
Data : 24/02/2016 Hora : 23:32
(Horário de Brasília)

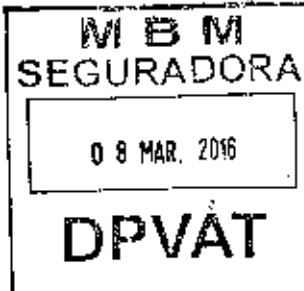
BANCO DO BRASIL S.A.

5757886628

0020

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 0246-1 CONTA: 37.183-1
CLIENTE: GENICLEBSON HATEUS RESETE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0267000655

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/02/2016** às **10:42**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **12/7/2015** às **02:00**

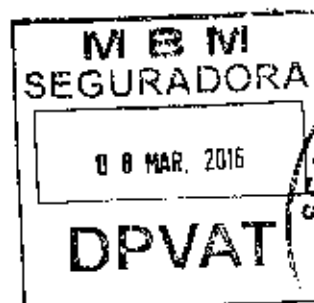
Fato ocorrido no endereço: **BR 232 - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA, 1, PROXIMO A FAZENDA NOVA - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
 GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS



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

GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SANDRA BESERRA NUNES Pai: **GENIVALDO ALVES DOS SANTOS** Data de Nascimento: **18/2/1993** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 8788027254**

Residência: **RUA 21 - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA, 5, COHAB - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NX** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGF7990 (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA)** Renavam: **488284732** Chassi: **9C2KD0550CR308750**
 Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **GASOLINA**
 Descrição: **NXR150 BROS ES**

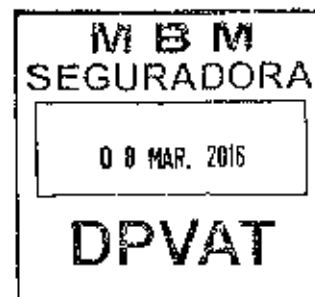
Complemento / Observação

A PESSOA DE GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS COMPARECEU A ESTA DELEGACIA INFORMANDO QUE CONDUZIA A MOTO DE PLACA PGF7990, DE PROPRIEDADE DE SEU GENITOR, PELA BR 232, VINDO DE JATIUCA PARA SERRA TALHADA QUANDO UM VEICULO NAO IDENTIFICADO E CONDUTOR TAMBEM NAO IDENTIFICADO COLIDIU POR TRAS DA MOTO, VINDO A VITIMA A CAIR DESMAIANDO. A VITIMA INFORMOU QUE DEVIDO O DESMAIO NAO SABE QUEM O SOCORREU, E QUANDO ACORDOU JA SE ENCONTRAVA NO HOSPAN E NO MESMO DIA FOI PARA A CLINICA SAO VICENTE. A VITIMA INFORMOU QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE TEVE FERIMENTOS NA CABECA ALEM DE ESCORIAÇÕES PELO CORPO. A VITIMA NAO POSSUE CNH.

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

Geniclebson Mateus B. Santos
GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **JAKSON DO NASCIMENTO** - Matrícula: 221546-2



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Genivaldon Mateus Bezerra Santos, portador da carteira de
identidade nº 9.212.560 e inscrito no CPF/MF sob o nº 116.016.064-36
residente e domiciliado na Rua: Vinte e um, Ophab.
Cidade Serra Talhada, Estado Pernambuco, 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:

- ☒ (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de
prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo
superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

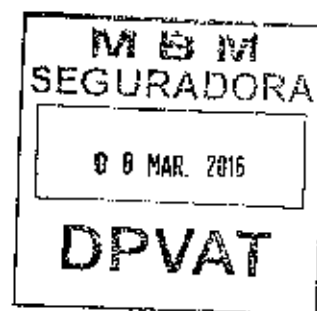
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia
concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu
conteúdo.

Genivaldon Mateus B. Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Serra Talhada-PE / Fevereiro 2016

Local e data 07/03/2016.





→ Emprego de

ut



HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº 14

Data e Hora: 12.07.15 04:55		Data Nasc.: 18/02/93	
Nome: GUILHERME RIBEIRO DE SAES SANTOS			
Mãe: DANDARA BEZERRA VIVAS			
Profissão: PEDREIRO	Sexo: M.	Estado Civil: SOLTEIRO	Escolaridade: 8ª SÉRIE
Responsável: O GENITOR			
End. do Paciente: R. 21 Nº 05		Fone: 996340813	
Bairro: COITAB	Município: S. TALHADA	Doc. Identidade:	
Cartão SUS:		Raca/Cor:	
Tipo de Atendimento: <input checked="" type="checkbox"/> Atendimento de Emergência <input type="checkbox"/> Agendamento		<input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/> Amarelo	
<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Consulta		Parto <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/>	
Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:	Peso:

História e Exame Físico:

Doi + suprimido la 4
201. Refere-se ferimento em
Cintura que ocorreu de um
acidente. Quando da ocorrência
foi feita a limpeza e curado

Tratamento:

Curado

Sucesso



Impressão Diagnóstica:

Franco de lesão com ferimento de 1º grau
(curado) de lesão cutânea recente

Destino do Paciente: Residência <input type="checkbox"/>	Internado <input type="checkbox"/>	Transferido <input type="checkbox"/>
--	------------------------------------	--------------------------------------

Obito 35 hs do dia

Médico - Carimbo e CRM:

Dr. Francisco Gomes
Geral e Especialista
RPE-6743

2/16 →

UNIPARCEL 075

FICHA DE OBSERVAÇÃO MÉDICA

DATA:

HORA:

Idade:

Paciente:

Rx de crânio
em AP e perfil

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Neurológico

M B M
SEGURADORA

08 MAR. 2016

DPVAT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	Obs.:
1. 1 comprimido de paracetamol 500mg		
2. 1 comprimido de clonazepam 0,5mg		
3. 1 comprimido de clonazepam 0,5mg		
4. 1 comprimido de clonazepam 0,5mg		
5. 1 comprimido de clonazepam 0,5mg		
6. 1 comprimido de clonazepam 0,5mg		
7. 1 comprimido de clonazepam 0,5mg		
8. 1 comprimido de clonazepam 0,5mg		
9. 1 comprimido de clonazepam 0,5mg		
10. 1 comprimido de clonazepam 0,5mg		

Dr. Genival A. Silva
CRM 15.172
Clínica de Diagnóstico e Tratamento
Hospital São Francisco



→ Emprego de

ut



HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº 14

Data e Hora: 12.07.15 04:55		Data Nasc.: 18/02/93	
Nome: GENILSON RIBEIRO BEZERRA SANTOS			
Mãe: DANDARA BEZERRA VIVES			
Profissão: PEDREIRO	Sexo: M.	Estado Civil: SOLTEIRO	Escolaridade: 8ª SÉRIE
Responsável: O GENITOR			
End. do Paciente: R. 21 Nº 05		Fone: 996340813	
Bairro: COITAB	Município: S. TALHADA		Doc. Identidade:
Cartão SUS:		Raza/Cor:	
Tipo de Atendimento: <input checked="" type="checkbox"/> Atendimento de T. Anst. to <input type="checkbox"/> Agendamento		<input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/> Amarelo	
Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/>		Parto <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/>	
Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:	Peso:

História e Exame Físico:

Don + suprimido la t
20%. Refere ter levado um
Cinto que caiu de um
moto. Sobrecarga de trabalho
na empresa e stress

Tratamento:

Carbamidol

Su tina



Impressão Diagnóstica:

Franco de lesões com dor de f. co
(crânio) de origem traumática recente

Destino do Paciente: Residência <input type="checkbox"/>	Internado <input type="checkbox"/>	Transferido <input type="checkbox"/>
Removido para Hospital		

Obito 15 hs do dia

Médico - Carimbo e CRM:

Dr. Francisco Gomes
Geral e Obstetriz
RPE-6743

2/16 →

UNIPARCEL 075

FICHA DE OBSERVAÇÃO MÉDICA

DATA:

HORA:

Idade:

Paciente:

Rx de crânio
em AP e perfil

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Neurológico

M B M
SEGURADORA

08 MAR. 2016

DPVAT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	Obs.:
1. 1 comprimido de paracetamol 500mg		
2. 1 comprimido de ibuprofeno 400mg		
3. 1 comprimido de clonazepam 0,5mg		
4. 1 comprimido de amitriptilina 25mg		
5. 1 comprimido de gabapentina 300mg		
6. 1 comprimido de pregabalina 150mg		
7. 1 comprimido de lacosamidina 150mg		
8. 1 comprimido de topiramato 150mg		
9. 1 comprimido de valproato 500mg		
10. 1 comprimido de carbamazepina 200mg		

Américo Daniel P. da Silva
CRM 15.172
Rua 15 de Novembro, 1500 - Fátima - Recife - PE

Dr. Genon A. Silva
CRM 15.172
Rua 15 de Novembro, 1500 - Fátima - Recife - PE



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Genicleton Mateus Bezerra Santos

RG nº 9.212.560, data de expedição 29/04/2014 Órgão SDS-PE

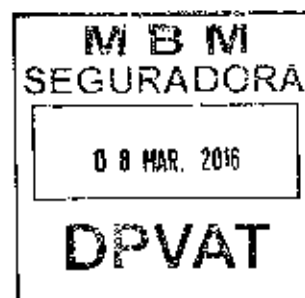
CPF nº 116.016.064-35, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua: Vinte e um</u>
Número	<u>Nº 5</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Cohab</u>
Cidade	<u>Serra Talhada</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>56909-100</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99608-2811 (81) 99992-8935</u>
E-mail	<u>_____</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Serra Talhada-PE / Fevereiro 2016
(07/03/2016)

Assinatura do Declarante: x Genicleton Mateus B. Santos





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.416, de 26/04/02
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, São Vitor, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
 CNPJ 10.235.532/0001-08 | Ins. Est. 005943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 SANDRA BESSERRA NUNES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA VINTE E UM 5

CPF 582.581.354-04 NIS 16553053716

CONSUMIDORA TALHADA
 SERRA TALHADA PE
 58009-130

CLASSIFICAÇÃO
 BI RESIDENCIAL
 BARRA RENDAS COMMS
 Mensal



DATA DE CANCELAMENTO 03/05/2016
 DATA DE INÍCIO 20/11/2015

DATA DE FIM 20/11/2015
 DATA DE INÍCIO 20/11/2015

DESCRIÇÃO DA NOVA LEI	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alvo até 30 kWh	30,0000000	0,14463023	4,33
Consumo Alvo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,24783771	17,35
Consumo Alvo superior a 100 até 220 kWh	113,0000000	0,37160957	42,32
Acréscimo Baixa VERMELHA			7,34
Contribuição Iluminação Pública			8,59
Multa por atraso NF 002853816 - 22/10/16			2,04
Juros por atraso NF 002853816 - 22/10/16			0,37

TOTAL DA FATURA

80,83

Nº DE MEDIÇÃO	Tipo de Função	Anterior	Atual	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
1437500015	CA1	21/06/15	27/06/15	20	1,0000		21,00

DATA	VALOR	%	VALOR DO CÁLCULO	%
NOV-15	213			
DEZ-15	276			
JAN-16	213			
FEB-16	213			
MAR-16	213			
ABR-16	213			
MAY-16	213			
JUN-16	213			
JUL-16	213			
AUG-16	213			
SET-16	213			
OCT-16	213			
NOV-16	213			

6513 3808.0855 1648 2514 8180 4013 5608

NOTA: A tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores residenciais que não possuem acesso à rede de distribuição de energia elétrica. A tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores residenciais que não possuem acesso à rede de distribuição de energia elétrica. A tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores residenciais que não possuem acesso à rede de distribuição de energia elétrica.

M B M
SEGURADORA

08 MAR. 2015

DPVAT



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Genicleton Mateus Bezerra Santos

RG nº 9.212.560, data de expedição 29/04/2014 Órgão SDS-PE

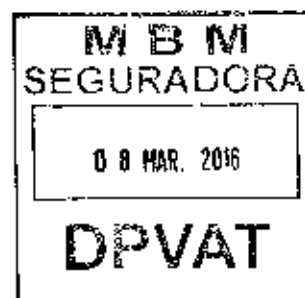
CPF nº 116.016.064-35, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua: Vinte e um</u>
Número	<u>Nº 5</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Cohab</u>
Cidade	<u>Serra Talhada</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>56909-100</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99608-2811 (81) 99992-8935</u>
E-mail	<u>_____</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Serra Talhada-PE / Fevereiro 2016
(07/03/2016)

Assinatura do Declarante: x Genicleton Mateus B. Santos





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.416, de 26/04/02
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, São Vitor, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
 CNPJ 10.235.532/0001-08 | Ins. Est. 005943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 SANDRA BESSERRA NUNES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA VINTE E UM 5

CPF 582.581.354-04 NIS 16553053716

COMAR/SERRA TALHADA
 SERRA TALHADA, PE
 55009-130

CLASSIFICAÇÃO
 BT RESIDENCIAL
 BARRA RENDACOMMS
 Mensal

NUM. CONTRATO 037556564 UNCA 20/11/2015

C. APROPRIAÇÃO 2011/2015 2000873182 3871776



DESCRIÇÃO DA NOVA LEI	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alvo até 30 kWh	30,0000000	0,14463023	4,33
Consumo Alvo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,24783771	17,35
Consumo Alvo superior a 100 até 220 kWh	113,0000000	0,37160957	42,02
Acréscimo Baixa VERMELHA			7,34
Contribuição Iluminação Pública			8,59
Multa por atraso NF 002853816 - 22/10/15			2,04
Juros por atraso NF 002853816 - 22/10/15			0,37

TOTAL DA FATURA

80,83

Nº DE MEDIÇÃO	Tipo de Função	Anterior	Atual	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
143694	CA1	21/06/15	27/06/15	2011/2015	20/06/15	20	21,00

DATA	VALOR	%	VALOR DO ANTES	VALOR DO DEPOIS	%
NOV 15	213				
DEZ 15	274				
JAN 16	280				
FEB 16	213				
MAR 16	234				
ABR 16	260				
MAY 16	270				
JUN 16	242				
JUL 16	213				
AUG 16	206				
SET 16	218				
OCT 16	276				
NOV 16	248				

6513 3808.085 1648 2514 8180 4013 5608

NOTA: A tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores residenciais que não possuem acesso à rede de distribuição de energia elétrica. A tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores residenciais que não possuem acesso à rede de distribuição de energia elétrica. A tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores residenciais que não possuem acesso à rede de distribuição de energia elétrica.

M B M
SEGURODORA

08 MAR. 2015

DPVAT



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Antônio Marcos Nogueira de Aguiar, portador(a) do CNH 0118 9025369, expedido por Delecan - PE, em 17 106 12015, CPF/CNPJ nº 508.191.544-20

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Geniclébson

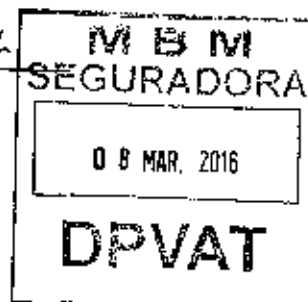
Matheus Bezerra Santos do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez Permanente da vítima Geniclébson Matheus Bezerra Santos, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Autônomo Renda Mensal: R\$ 2.000,00

Documentos comprobatórios: CNH, CPF, comp. Residência com comprova-
ção de profissão e renda.

x Antônio Marcos Nogueira de Aguiar
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Genivaldo Alves dos Santos,
CNH nº 02306256360, data de expedição 16/10/2013
RG nº 02306256360, data de expedição 16/10/2013
Órgão Alextan-PE, portador do CPF nº 454.688-264-52, com
domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Vinte e um, N° 05, nº 05,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Geni Cláudio Mateus Bezerra Santos, cujo o condutor era
Geni Cláudio Mateus Bezerra Santos
Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda NX R 150 BR05
Ano: 2012 / 2012
Placa: PGF 7990/PE
Chassi: 9C2K D0550CR308750
Data do Acidente: 12.01.2016
Local e Data: Serra Talhada-PE 17 Fevereiro 2016.

(07/03/2016)

Assinatura do Declarante
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
TITULAR: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
Telefone: (87) 331-1924
CSC 187.063.361.30
Reconheço a Firma por Autenticidade de GENIVALDO ALVES
DOS SANTOS. Dou Fé. Serra Talhada - PE. Em Teste ()
da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva -
Titular. () Maria Luíza da Silva - Substituta. Emol.
- R\$ 3,26. TERN - R\$ 0,73. FERN - R\$ 0,01
Selo: 0074572.CLQ01201501.00293 11/02/2016 14:10:32
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **508.791.544-20**

Nome da Pessoa Física: **ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR**

Data de Nascimento: **19/01/1970**

Situação Cadastral: **REGULAR**

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

Digito Verificador: **00**

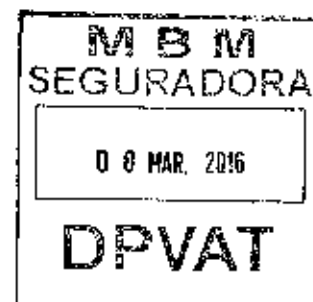
Comprovante emitido às: **08:38:04** do dia **07/03/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **B9EC.D4D6.2E47.1D9D**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

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

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 548, de 13/02/2015.)



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160176361 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS **Data do acidente:** 12/07/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: tce com ferimento no crânio.

Descrição do exame médico pericial: cefaleia e síndrome vertiginosa.

Resultados terapêuticos: tratamento clínico conservador mais sutura.

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 31/03/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JOAO CESAR DA CUNHA

CRM do médico: 10990-PE

UF do CRM do médico: PE

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR


CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 08 de Março de 2016

Carta nº: 8810287

A/C: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Sinistro: 3160176361
Vitima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS
Data Acidente: 12/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Março de 2016

Carta nº: 8921126

A/C: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Sinistro: 3160176361 ASL-0128209/16
Vítima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS
Data Acidente: 12/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR

Ref.: INTERRUPTÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Março de 2016

Carta nº: 8921126

A/C: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Sinistro: 3160176361 ASL-0128209/16
Vítima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS
Data Acidente: 12/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR

Ref.: INTERRUPTÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

