

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190175875 **Cidade:** Amaraji **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA **Data do acidente:** 13/04/2016 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA
FRATURA DE 04 ARCOS COSTAIS A ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO TRAUMATOLÓGICO EMITIDO PELA POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO DATADO EM 13/04/2016, ASSINADO PELO MÉDICO PERITO DR. RAFAEL DUQUE CRM-PE 17849. RESPOSTA AO QUESITO 04 - NÃO

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190175875

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 13/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CARLOS 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

Rio de Janeiro, 12 de Março de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190175875**

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 13/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Nº do sinistro ou ASL: **3160 389641** CPF da vítima: **021627294-74** Nome completo da vítima: **Jose Carlos da Silva**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: **Jose Carlos da Silva** CPF: **021627294-74**
Profissão: **Agricultor** Endereço: **Rua João Alexandrino** Número: **587** Complemento: **Casa**
Bairro: **Vila Tumara** Cidade: **Amaraji** Estado: **PE** CEP: **55515-000**
E-mail: **dulcefriene85@hotmail.com** Tel.(DDD): **81-99652-2720**

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO 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) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: **Banco do Brasil**

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **1358** **7** CONTA: **029692** **9**
(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.

RECEBIDO
19, FEV 2019

Seguradora Líder DPVAT

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 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado:
Local e Data:
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Jose Carlos da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: **Dulce Friele de Carvalho Silva**
CPF: **264 92094-34**
X **Dulce Friele de Carvalho Silva**
Assinatura
2ª Nome: **Monia de Carvalho Friele**
CPF: **054 132 374-36**
Monia de Carvalho Friele
Assinatura

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

(*) 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.**

**Proposta/Contrato de abertura de conta-corrente,
conta-poupança ouro e/ou produtos**
Pessoa física

Contratado: Banco do Brasil S.A., com sede em Brasília, Distrito Federal, por sua agência, 1358-7 - AMARAJI /PE, inscrita no CNPJ nº 00.000.000/3077-50.

Proponente/Contratante 1: JOSE CARLOS DA SILVA, inscrito(a) no CPF sob o n.º 021.627.294-74, Capaz, sexo Masculino, BRASILEIRO(A), natural de AMARAJI/PE, nascido(a) em 30/11/1961, filho(a) de MANOEL CAVALCANTI DA SILVA e ETELVINA MARIA DA SILVA, portador(a) do(a) CARTEIRA DE IDENTIDADE n.º 2131789, emitido(a) em 11/03/2005, pelo(a) SDS/PE, TRABALHADOR INFORMAL, endereço residencial: RUA JOAO ALEXANDRE 587 CASA, VILA TEIMOSA, AMARAJI, PE, CEP 55.515-000, telefone(s) (81)99652-2720, CASADO (A)-COMUNHAO PARCIAL com EDNA MARIA SILVA, CPF n.º 059.524.874-83.

Dados da conta

Agência 1358-7, conta-corrente n.º 029.692-9 e poupança ouro n.º 610.029.692, Individual, Solidária, aberta em 25/05/2016

Crédito	Serviço SMS	Pacote de serviços
Adesão a CDC	Adesão	Adesão
SIM	SIM	SIM
		Modalidade
		CESTA BANCO POSTAL

Cartão de crédito

Adesão	Cartão de crédito - Modalidade	Dia vencimento da fatura - débito em conta-corrente
SIM	Ourocard sem programa de relacionamento -	05

CLÁUSULA 1ª - Pela presente **Proposta/Contrato** o **Proponente/Contratante** declara aderir expressamente, estar ciente e de pleno acordo com as disposições contidas nas respectivas CLÁUSULAS GERAIS DO CONTRATO DE CONTA-CORRENTE E CONTA DE POUPANÇA OURO E/OU POUPANÇA POUPEX; CLÁUSULAS GERAIS DO CONTRATO DE ABERTURA DE CRÉDITO ROTATIVO - CDC AUTOMÁTICO e CLÁUSULAS GERAIS DO CONTRATO DE EMISSÃO E UTILIZAÇÃO DOS CARTÕES BANCO DO BRASIL S.A. - PESSOAS FÍSICAS - CORRENTISTAS E NÃO CORRENTISTAS, todos registrados no Cartório do 1º Ofício de Títulos e Documentos da cidade de Brasília (DF), cujas cópias recebe no ato da assinatura deste instrumento.

CLÁUSULA 2ª - O Proponente/Contratante declara-se ciente de que, a qualquer momento, poderá cancelar o pacote de serviços já contratado ou aderir a outro pacote, dentre aqueles disponibilizados pelo Banco do Brasil S.A., mediante assinatura de novo Termo de Adesão a Pacote de Serviços de Conta de Depósitos - Pessoa Física.

Parágrafo único - O Proponente/Contratante declara estar ciente de que, no caso de cancelamento e não adesão a outro pacote de serviços: a) poderá utilizar serviços e tarifas individualizadas; b) fará jus sem ônus aos SERVIÇOS ESSENCIAIS (gratuitos), estando sujeito à cobrança, de acordo com a tabela de tarifas divulgada pelo Banco do Brasil S.A., pelos serviços avulsos utilizados que ultrapassem as quantidades tidas como SERVIÇOS ESSENCIAIS ou que não sejam considerados SERVIÇOS ESSENCIAIS.

CLÁUSULA 3ª - O Proponente/Contratante declara estar ciente que caso solicite cartão de débito para a movimentação da conta-corrente e conta poupança, autoriza expressamente a emissão de cartão múltiplo, com as funções débito e bancária liberadas para uso e com a função crédito bloqueada ao qual, a seu exclusivo critério, a qualquer tempo e mediante solicitação formal, poderá autorizar o Banco do Brasil S.A. a habilitar a função crédito do cartão ou emitir novo(s) cartão(ões) com a função crédito, sujeito(s) a análise de crédito.

CLÁUSULA 4ª - O Proponente/Contratante autoriza, expressamente e desde já, a emissão do cartão solicitado com a Bandeira estabelecida para o respectivo cartão, respeitado o acordo vigente do Banco do Brasil S.A. com a Bandeira, cuja fatura terá como forma de pagamento, no caso de ser solicitado o cartão na função crédito, o débito em sua conta-corrente.

NB : 615.789.209-2 Nome Recebedor: JOSE CARLOS DA SILVA Especie: 31

OL Emissor	: 15021160	DT Solic	: 18/11/2016	Seq Solic:	9987
Motivo Solic	: 76	DT Valid	: 18/11/2016	HR Val	: 18:29:31
Matric Solic	: 99999999	DT Lim Val	: 16/02/2017	Matr Val	: 01376328
Origem Solic	: S.CENTRAL	DT Ret Pris	: 21/11/2016	Grau Pend:	AGENCIA/UNI
Motivo Pend	: 066			Sit PAB	: AUTORIZADO

Orgao Pagador	:	034899	Periodo do cred.	:	13/09/2016 a 30/09/2016
Valor Liquido	:	369,60	Validade do cred.	:	24/11/2016 a 31/01/2017
Valor Ajustado pelo SUB:		NAO	DT Envio Banco	:	21/11/2016
			Seq. Registro	:	0003365

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
101	528,00				
203	158,40				
336	528,00				
912	158,40				

Help (S/N): N

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3

BPSAFE
45520641
CONTA 87 87 38-7

CARTÓRIO DE REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS, PROTESTO E NOTAS

Rua 13 de maio, 13 - Amaraí - PE - Fone: (81) 9994-9532

Autentico, para os devidos efeitos, a presente cópia.....
 reprográfica do documento que me foi apresentado em.....
 Cartório, Dou fe. Amaraí, 27/05/2016.....
 Em testemunho da verdade.....
 VANIA LUCIA DA SILVA - TABELIA EM EXERCÍCIO.....
 TOTAL: 3,72 - Selo(s): 0074740.HL612201501.03544.....
 Consulte autenticidade: www.tjpe.ius.br/selodigital.....



Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 066ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAÍ - DP66ªCIRC
DINTER1/12ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **16E0156000475**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/05/2016 às 15:36

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu
no dia 13/4/2016 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE AMARAÍ, 01, LADEIRA CAMARÃO, PE/PE** - Bairro:
CENTRO - AMARAÍ/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
EDNA MARIA SILVA (NOTICIANTE)
NADO DE MARIO (TESTEMUNHA)
JOSE CARLOS DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros-motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE CARLOS DA SILVA

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

JOSE CARLOS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ETELVINA MARIA DA SILVA Pai:
MANOEL CAVALCANTI DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1981 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 2131789/SSP/PE (RG). 02162729474 (CPF). 01033110590 (CNPJ) Estado Civil: CASADO(A)
E escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
- 997156086

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE AMARAÍ, 01, BAIRRO CENTRO, RUA JOAO ALEXANDRE, Nº687 - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - AMARAÍ/PERNAMBUCO/BRASIL

EDNA MARIA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: ELISETE AMARA SILVA Pai: AMARO ESTEVAO
DA SILVA Data de Nascimento: 16/12/1969 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
4746543/SSP/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE AMARAÍ, 01, BAIRRO CENTRO, RUA JOAO ALEXANDRE, Nº687 - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - AMARAÍ/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE AMARAÍ, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AMARAÍ/PERNAMBUCO
/BRASIL

NADO DE MARIO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /
BRASIL Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: DESCONHECIDO Profissão: AGRICULTOR(A)

11:35 02/06/2016 134498 SERACORA LIDER PMAT 4

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

AUTOMOVELO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE CARLOS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE CARLOS DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELO/VW/GOL** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KMB0089** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **743026342**

Ano Fabricação/Modelo: **2000/2000**

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

ALEGA A SRA EDNA QUE SEU ESPOSO SOFREU O ACIDENTE NO MOMENTO EM QUE VINHA DO SÍTIO PARA O CENTRO DESTA CIDADE; QUE A VÍTIMA VINHA NA CURVA E A MOTOCICLETA TERIA ATRAVESSADO À FRENTE DO VEÍCULO; QUE NADO DE MARIO TERIA COLOCADO ELE, VÍTIMA, NA PISTA E QUE A AMBULÂNCIA DO HOSPITAL ALICE BATISTA ESTARIA PASSANDO NO MOMENTO E QUE ELE, VÍTIMA, FOI SOCORRIDO. QUE O MOTOCICLISTA NADA SOFREU E QUE FOI EMBORA DO LOCAL, NÃO SABENDO A VÍTIMA DETALHES SOBRE ESTE. QUE SEU VEÍCULO FICOU AVARIADO NA PARTE DA FRENTE E NO TETO, POIS O MOTOCICLISTA AO COLIDIR FOI PARA CIMA DESTA, QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL ALICE BATISTA E DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA CIDADE DE CARUARU.

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

Edna maria Silva

EDNA MARIA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: CLEYTON JOSE DE LIMA E SILVA - Matrícula: 2869122



11:35 02/06/2016 19:49:59 SEMACORR LIDER IMPR 4

CARTÓRIO DE REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS, PROTESTO E NOTAS
Rua 13 de maio, 13 - Amaraji - PE - Fone: (81) 9994-8532

Autentico, para os devidos efeitos, a presente cópia.....
reprográfica do documento que me foi apresentado em.....
Cartório, Dou fe. Amaraji, 27/05/2016.....
Em testemunho - da verdade.....
VANILIA LUCIA DA SILVA: + TABUÍLA EM EXERCÍCIO.....
TOTAL: 3,72 - Selo(s): 0074740.RMG12201501.03545.....
Consulte autenticidade: www.tjpe.jus.br/selodigital.....



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

MUNICÍPIO DE AMARAJO

COMARCA DE AMARAJO

CERTIDÃO DE CASAMENTO

JOSELIA SOUSA ARRUDA CAVALCANTI, Oficial do Registro Civil em virtude da Lei, etc...

CERTIFICO por me ser pedido, que no livro nº 03 B. do registro de casamentos, em meu poder e cartório d folhas 51, sob o n.º 23 consta o termo de casamento, realizado neste distrito em 22 de Dezembro de 1989, de Jose Paulo da Silva com dona Tatiana Maria da Silva ele, contraente nascido em Amaraji Pernambuco no dia 10 de Junho de 1961 filho de Luiz Carlos Cavalcanti da Silva e Titeliana Maria da Silva ela, contraente nascida em Amaraji Pernambuco no dia 12 de Dezembro de 1961 filha de Luiz Carlos Cavalcanti da Silva e Titeliana Maria da Silva a nubente após o casamento passou a usar o nome de Tatiana Maria da Silva o mesmo nome.

Foram testemunhas: Maria da Conceição Diniz da Paz

Observações: Adotou o regime da Comunhão Parcial de Bens

Esta conferência é original

1989 22 de Dezembro de 1989

Amaraço de Março de 1988

O referido é verdade do que dou fé.

Amaraji, 22 de Dezembro de 1989

Jose Maria da Silva Cavalcanti

OFICIAL DO REGISTRO CIVIL

Jose Maria da Silva Cavalcanti
Oficial
Cartório
Amaraji Pernambuco

Cartório
Pau...
Insido Camara
PE



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

Nº do sinistro ou ASL: 3160 389641 CPF da vítima: 021627 294-74 Nome completo da vítima: José Carlos da Silva

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

Nome completo: José Carlos da Silva

Profissão: Agricultor Endereço: Rua João Alexandrino

Bairro: Vila Teresina Cidade: Amaraji Estado: PE CEP: 55515-000

E-mail: dulcefresia85@hotmail.com Tel.(DDD): 81-99652-2720

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO 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: Banco do Brasil

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1358 7 CONTA: 029692 9
(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.

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 30 dias do pedido.

19, FEV 2013

Seguradora Líder DPVAT

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: Vítima deixou nascer(a) (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.

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Tereza Cristina de Carvalho e Silva
CPF: 254 92091-34
Assinatura: [Assinatura]

2ª Nome: Maria Inês de Carvalho Freni
CPF: 054 732 374-36
Assinatura: [Assinatura]

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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 denda do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ 10.835.832/0001-08 | Insc. Est. 0006643-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
EDNA MARIA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOAO ALEXANDRE 597

CPF 059 524 674-83 NIS 16027757058

VILA TEIMOSA VAMARAJI
AMARAJI PE
55515-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

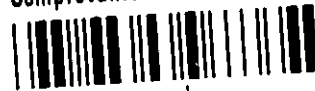
NP DA NOTA FISCAL 048774992
SÉRIE 1832A
TERCEIRO 22/01/2019
APRESENTAÇÃO Nº DO CLIENTE Nº DA INSTALAÇÃO
79/01/2019 2010371389 162437

CONTA CONTRATO 7002162959
DATA DE VENCIMENTO 05/02/2019
TAXA DE JUROS 01/2019
DATA PRÓXIMA PROPOSTA 28/02/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 28,83

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Contrib. Ilum. Pública Municipal

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30 0000000	0,18289318	5,42
56,0000000	0,31010280	17,36
		7,05

Comprovante de residência



TOTAL DA FATURA

28,83

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE
MB08725	CA1	28-12-2018	26 607,00		28-01-2019	26 575,00		31	1,00000

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO				COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
Mês de 1918	05			Base de Cálculo	56	VALOR DO IMPOSTO	
DEC 18	78			ICMS	21,78	0,45	0,10
NOV 18	05			PIS	22,78	2,08	0,47
OUT 18	88			COFINS			
SET 18	74						
AGO 18	82						
JUL 18	09						
JUN 18	79						
MAI 18	49						
ABR 18	102						
MAR 18	83						
FEV 18	82						
JAN 18	78						

3E0F C02B C33B 51E8 6555 D533 1ADE 4853

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto de venda ou diretamente para a empresa, através do boleto bancário ou depósito em nome de Edna Maria da Silva. Não pague em nome de terceiros. O cliente é responsável por verificar a validade da leitura e a correta instalação do medidor. O cliente é responsável por verificar a validade da leitura e a correta instalação do medidor. O cliente é responsável por verificar a validade da leitura e a correta instalação do medidor.

Atenção: O cliente deve verificar a validade da leitura e a correta instalação do medidor. O cliente é responsável por verificar a validade da leitura e a correta instalação do medidor.

LIMITES DE VARIACÃO DAS TARIFAS					TAXA DE VARIACÃO (%)		
CONSUMO	VALOR ANUAL	LIMITE INFERIOR	LIMITE SUPERIOR	LIMITE ANUAL	ANUAL	SEMIANUAL	TRIMESTRAL
JOSE MARIANO	nov2018				220	202	231
ENC	0,00	0,47	12,94	25,88			
ENC	0,00	3,48	8,87	13,95			
DIMD	0,00	3,00	0,00	0,00			

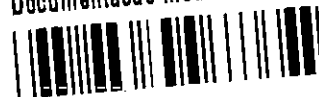
LIMITE ENC 12,22

PLANO - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 11,35



HOSPITAL ALICE BATISTA DOS ANJOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Documentação médica - hospitalar



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

DATA: 13 / 04 / 16

Nº 011-297

NOME:	Yose' Carlos da Silva			RESO:	SEXO:	M	IDADE:	53
DATA:	30-11-61	MÃE:	Eulerina Maria da Silva					
END:	R. Yoa Alexandre			Nº:	PAPRO:			
PROFISSIONAL:	CIDADE:			NACIONALIDADE:				
RESPONSÁVEL:	A esposa Edna			RG:				
QUEIXA PRINCIPAL:								
ACIDENTE / HORA:	TEMPERATURA:		PA:		HORA DO ATEND.: 11:00			
DIAGNÓSTICO:								
ATENDIMENTO MÉDICO / EXAME CLÍNICO	RX: SI: NI:							
Pele reativa - di. fenda de carca cheia e / da tosse e antrax (E)								
DESCRIÇÃO DOS MEDICAMENTOS / ASSISTÊNCIA:								
Sol. Rx de Tave e MSB.								
Dndofenac - 01 c. 7. PM.								
Encaminha ao Hon. Reg. de Agente.								
TÉCNICO DE ENF: ENFERMEIRO (A):								
ASSINATURA MÉDICA								

Dr. RAFAEL DUQUE
Médico
CRM-PE 17849

Dr. RAFAEL DUQUE
Médico
CRM-PE 17849

11:35 02/06/2016 194505 SERRA LOPES PRINT 4



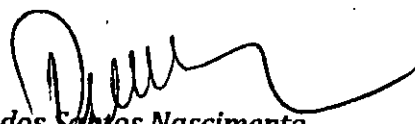
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE AMARAJI FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE

HOSPITAL ALICE BATISTA DOS ANJOS

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito e comprovação que em 13/04/2016 deu entrada neste serviço para fins de atendimento medico após acidente automobilístico o senhor José Carlos da Silva, sendo atendido e em seguida encaminhado ao Hospital Regional do Agreste para avaliação e conduta do ortopedista. Segue cópias do atendimento, registro Nº011.297/2016.

Amaraji, 06 de Maio de 2016.


Ronaldo dos Santos Nascimento
Diretor Administrativo
Portaria nº 029/2009

11:35 02/06/2016 194504 SSBRO001 1023 0001 4

O Futuro é Agora

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1019526732	NOME	JOSE CARLOS DA SILVA
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF	2131789 SSP PE
	CPF	021.627.294-74
	DATA NASCIMENTO	20/11/1961
	FUNÇÃO	MANOEL CAVALCANTI DA SILVA
		ETELVINA MARIA DA SILVA
	PERMISSÃO	ACC CAT. HAB. 2
	Nº REGISTRO	01033110590
	VALIDADE	14/01/2020
	Nº HABILITAÇÃO	06/01/2000
PROIBIDO PLASTIFICAR 1019526732	OBSERVAÇÕES sem observações	
	<i>Jose Carlos da Silva</i> ASSINATURA DO TITULAR	
	LOCAL	GRAVATA - PE
	DATA EMISSÃO 15/01/2015	
	ASSINATURA DO EMISSOR 88784880416 PE064048373	
DETRAN-PE (PERNAMBUCO)		

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES AVRIL

00511

Pol. Ident. 111

Jose Carlos da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

2.131.789

DATA DE EXPEDIÇÃO 11/03/2005

NOME << JOSE CARLOS DA SILVA >>

FILIAÇÃO << MANOEL CAVALCANTI DA SILVA >>

<< ETELVINA MARIA DA SILVA >>

NATURALIDADE AMARAJO - PE

DATA DE NASCIMENTO 30/11/1961

DOC ORIGEM << CC 723 L 036 F 51 CART AMARAJO-PE 22.12.1967 >>

CPF

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F:15 2/098

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome JOSE CARLOS DA SILVA

Nº de Inscrição 021627294-74

Data do Nascimento 30/11/61

Imagem do Titular

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF; vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura

Jose Carlos da Silva

JOSE CARLOS DA SILVA

SER

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

9102/90/28 SS:11

Emitido em : 14/06/84



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
12ª DESEC VITÓRIA DE SANTO ANTAO-PE
66ª DP AMARAJI

PORTARIA

O Bel. PAULO ROBERTO VIANA PALENDIA, Delegado titular desta DEPOL, Estado de Pernambuco, no uso de suas legais atribuições, havendo necessidade de proceder ao exame **TRAUMATOLOGICO** na pessoa de **JOSE CARLOS DA SILVA**, nomeia e constitui peritos, os (as) médicos (as), os quais deverão prestar compromisso.

Amaraji (PE), 13 de abril de 2016.

TERMO DE COMPROMISSO DE PERITOS

Na data da portaria acima, nesta DEPOL, onde presente se encontrava o Delegado de Polícia, comigo escrivão ao final assinado, aí compareceram os peritos nomeados na PORTARIA retro, a quem a Autoridade deferiu compromisso legal e fielmente desempenhar o encargo de proceder ao Exame **TRAUMATOLOGICO** na pessoa descrita na PORTARIA acima, descrevendo com verdade, sem dolo ou malícia, o que encontrarem. E, como aceitasse o encargo, mandou a autoridade lavrar este termo que lido e achado conforme, assina-o com os peritos e comigo Escrivão que digitei.

Delegado Paulo Roberto Viana Palendia 2º Perito _____

1º Perito Dr. Rafael Duarte Escrivão _____

Dr. Rafael Duarte
Médico
CRM-PE 17849

LAUDO TRAUMATOLOGICO

A data exarada na PORTARIA supra, nesta cidade, horas, presente o Delegado de Polícia, comigo escrivão, aí presente os Peritos que, sob juramento de seus cargos, procederam ao exame de **LESÃO CORPORAL** na pessoa de **JOSE CARLOS DA SILVA** responderam os quesitos seguintes:

- 1º) Houve lesão à integridade corporal ou a saúde examinado? Sim;
 2º) Qual o instrumento ou meio que ocasionou? Contusão;
 3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para ocupações habituais por mais de trinta dias? Sim Incapacidade por mais de 30 dias, porém não permanente.
 4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho ou aborto? Não
 5º) Qual foi a região atingida? Antebraço e humeral;
 6º) Demais informações que julgar necessárias? O exame foi realizado ao Ex. Perito de Classificação e a lesão de 4 áreas contusivas no humeral.
 Deu-se por encerrado o presente auto. Nada mais foi dito e, depois de lido e achado conforme viu este assinado por mim Escrivão que digitei e o escrevi, pelo que me reporto e dou fé.

Delegado Paulo Roberto Viana Palendia 2º Perito _____

1º Perito Dr. Rafael Duarte Escrivão _____

Dr. Rafael Duarte
Médico
CRM-PE 17849

CARTÓRIO DE REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS, PROTESTO E NOTAS
 Rua 13 de maio, 13 - Amaraji - PE - Fone: (81) 9994-9532

Autenticação para os devidos efeitos, a presente copia.....
 reprográfica do documento que me foi apresentado em.....
 Cartório. Dou fe. Amaraji, 27/05/2016.....
 Em testemunho..... da verdade.....
 VANIA LUCIA DA SILVA - TABELIA EM EXERCÍCIO.....
 TOTAL: 3,72 - Selo(s): 0074740.KEP12201501.03543.....
 Consulte autenticidade: www.tipejus.br/selodigital.....

11:35 02/06/2016 19:500 SESP/0001 L05R PM/14

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0072315/19

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

CPF: 021.627.294-74

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 13/04/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

Outros



JOSE CARLOS DA SILVA : 021.627.294-74

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/02/2019
Nome: JOSE CARLOS DA SILVA
CPF: 021.627.294-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/02/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

JOSE CARLOS DA SILVA

Nathalia Beatriz Braga Costa

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

873205401

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

TERESA CRISTINA DE CARVALHO SILVA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

1627947 SSP PE

CPF

264.920.914-34

DATA NASCIMENTO

14/04/1958

FILIAÇÃO

JOSE AGUIAR DA SILVA

AURY DE CARVALHO SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAL. HVB.

9

Nº REGISTRO

00479342771

VALIDADE

09/04/2019

1ª HABILITAÇÃO

07/01/1999

OBSERVAÇÕES

A



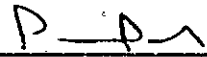
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

RECIFE - PE

DATA EMISSÃO

10/04/2014

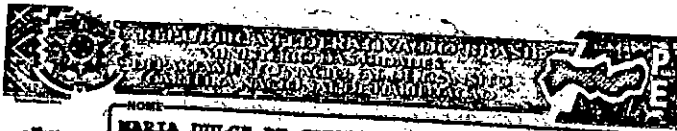


ASSINATURA DO DETENTOR

51650440785

PE059158379

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1754633587

NOME MARIA DULCE DE CARVALHO FREIRE	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 6346352 SSP PE	
CPF 034.732.374-36	DATA NASCIMENTO 16/06/1985
FILIAÇÃO NEWTON TORRES FREIRE	
FERRA CRISTINA DE CARVALHO SILVA	
PERMISSÃO CONDICIONADA	CAT. HAB. B
Nº REGISTRO 03111340117	VALIDADE 26/12/2023
1ª HABILITAÇÃO 26/11/2003	

OBSERVAÇÕES

M. Dulce de Carvalho

LOCAL RECIFE, PE	DATA EMISSÃO 26/12/2019
----------------------------	-----------------------------------

Charles Anderson Sousa Ribeiro
Charles Anderson Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO TITULAR PERNAMBUCO	96680915176 PE089273761
--	----------------------------

SENATU AN CONTRAN

PROIBIDO PLASTIFICAR
1754633587

TIM
BLACK



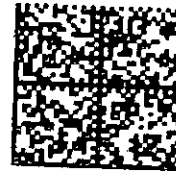
CTC RECIFE PE PL1

TEREZA CRISTINA DE CARVALHO SILVA
RUA CRUZEIRO DO FORTE, 474
BOA VIAGEM
51030-620 RECIFE PE



04300159

7214049716 39933 00000002044 30 190918



Correios
R\$ 01,95

30.01.19 - 12:49

AGF JOAQUIM NABUCO/PE

controlar
administração de condomínios
desde 1981

BOLETO DE COBRANÇA
CAMPOS DO VALLE

MARIA DULCE DE CARVALHO FREIRE
RUA CRUZEIRO DO FORTE, 474
51030-620 RECIFE PE

BOA VIAGEM
Unidade: D17

Correio: S

Venc: 10/02/2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190175875 **Cidade:** Amaraji **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA **Data do acidente:** 13/04/2016 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA
FRATURA DE 04 ARCOS COSTAIS A ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO TRAUMATOLÓGICO EMITIDO PELA POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO DATADO EM 13/04/2016, ASSINADO PELO MÉDICO PERITO DR. RAFAEL DUQUE CRM-PE 17849. RESPOSTA AO QUESITO 04 - NÃO

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0072315/19

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

CPF: 021.627.294-74

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 13/04/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

JOSE CARLOS DA SILVA : 021.627.294-74

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/02/2019
Nome: JOSE CARLOS DA SILVA
CPF: 021.627.294-74

JOSE CARLOS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/02/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa