



Número: **0041852-69.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **25/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
ROMERO BEZERRA CAVALCANTI MENDES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68312703	21/09/2020 17:37	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, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200020643

Vítima: KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS

Data do Acidente: 08/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS

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 15374089

Pag. 00323/00324 - 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, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200020643

Vítima: KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS

Data do Acidente: 08/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 08/09/2019, emitido pelo Dr. PETRÔNIO EDUARDO CRM nº 7839 - PE, da Instituição HRA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00095/00096 - carta_31 - INVALIDEZ

00080048



Carta nº 15397295





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 APL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

119.818.264-40 KILDERE YURI CONTINHO DE FARIAS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 495/2013

5 - Nome completo:

KILDERE YURI CONTINHO DE FARIAS

6 - CPF:

119.818.264-40

7 - Profissão:

REC INF

8 - Endereço:

SITIO MANOEL COSME

9 - Número:

137

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

SANTA MARIA DO CAMBUCA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55765-000

15 - E-mail:

PFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR

16 - Tel.(DDD):

81.9.9700.1998

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A 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 POUPOANÇA (informe o país e o número abaixo. Avise uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1295

CONTA: 45824

4

AGÊNCIA:

CONTA:

(informe o dígito se existir)

(informe o dígito se existir)

(informe o dígito se existir)

(informe o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que não sou portador de incapacidade permanente, de acordo com o laudo do IMI (caso positivo, informar o nome da clínica ou do Seguro DPVAT, informando o endereço e o número que assinalar uma das opções):

☒ Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

Se o motivo acima alegado, estiver o comprovante da área de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas do Seguradora LIDER para verificação da condição e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso disforme do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva

24 - Estado civil da vítima:

25 - Se a vítima deixou herdeiros:

26 - Se a vítima deixou herdeiros (informe o nome completo):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou herdeiros (informe o nome completo):

28 - Se a vítima teve filhos:

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Vivos: ☐ Falecidos: ☐

30 - Se a vítima teve irmãos:

☐ Sim ☐ Não

31 - Se a vítima teve irmãos, informar:

Vivos: ☐ Falecidos: ☐

32 - Se a vítima teve pais/avós vivos:

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso dada, a indenização do Seguro DPVAT por morte a todos os beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que, se a declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, a fim da responsabilidade criminal por fraude do art. 209 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Santa Maria do Cambuca, 10 de Janeiro 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (deleatante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 133ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA MARIA DO CAMBUCA -
DP133ªCIRC DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0223000008

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 06/01/2020 às 12:11

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 8/9/2019 às 02:00

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR MIGUEL BRÁS, PRÓXIMO AO FÓRUM - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1 -**
Bairro: **CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

BURACO NA VIA PÚBLICA (AUTOR/AGENTE)
BANCO FINASA S/A (OUTRO)
KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS

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

KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO COUTINHO DA SILVA Pai: ANDRÉ ALVES DE FARIAS Data de Nascimento: 26/8/1999 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9880966/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: COBRADOR Telefones Celulares: - 87881698449

Residência: **SÍTIO MANOEL COSME, PRÓXIMO AO MERCADINHO DO SARGENTO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 177 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO MERCADINHO DO SARGENTO**

BANCO FINASA S/A - Ramo de Atividade: **NÃO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

BURACO NA VIA PÚBLICA - Ramo de Atividade: **NÃO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **BANCO FINASA S/A**, que estava em posse do(a) Sr(a): **KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **LTB1594** (RIO DE JANEIRO/RIO DE JANEIRO) Renavam: **938852255** Chassi: **9C2KC08100R000779**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SR. "KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS" RELATANDO QUE NO DIA 08/09/2019, APROXIMADAMENTE ÀS 2H DA MANHÃ, QUANDO SE DESLOCAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE PLACA LTB1594 PELA PASSARELA DA AVENIDA DOUTOR MIGUEL BRÁS, PRÓXIMO AO FÓRUM, NÃO AVISTOU UM BURACO QUE HAVIA NELA VINDO A CAIR E SOFRER SÉRIAS LESÕES, INCLUSIVE PERDENDO 4 DENTES DA PARTE SUPERIOR DA ARCADA DENTÁRIA E SENDO SOCORRIDO PARA A POLICLINICA LOCAL E LOGO EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU.

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

KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS
(VITIMA)

Kilder Yuri Coutinho de Farias

B.O. registrado por: **THEOMAR THEOPHILO BEZERRA** - Matrícula: **3878984**

Theomar





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 APL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

119.818.264-40 KILDERE YURI CONTINHO DE FARIAS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 495/2013

5 - Nome completo: 6 - CPF:

KILDERE YURI CONTINHO DE FARIAS

119.818.264-10

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

REC INF SÍTIO MANOEL COSME

137 CASA

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

ZONA RURAL

SANTA MARIA DO CAMBUCA

PE

55765-000

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

PF SEGUROS 1994@YAHOO.COM-BR

81.9.9700.1998

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A 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 (informe para os bancos abaixo. Avise uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 45824 4

(informe se existir)

(informe se existir)

(informe se existir)

(informe se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que não sou portador de incapacidade permanente, de acordo com o laudo do IMI (caso não seja, informe-me sua condição atual do Seguro DPVAT) e não sou portador de incapacidade permanente, de acordo com o laudo do IMI (caso não seja, informe-me sua condição atual do Seguro DPVAT).

☒ Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que não sou portador de incapacidade permanente, de acordo com o laudo do IMI (caso não seja, informe-me sua condição atual do Seguro DPVAT) e não sou portador de incapacidade permanente, de acordo com o laudo do IMI (caso não seja, informe-me sua condição atual do Seguro DPVAT).

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Estado civil da vítima

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

26 - Se a vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

29 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

30 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

31 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

32 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

33 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

34 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

35 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

36 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

37 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

38 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

39 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

40 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

41 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

42 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

43 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

44 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

45 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

46 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

47 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

48 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

49 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

50 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

51 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

52 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

53 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

54 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

55 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

56 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

57 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

58 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

59 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

60 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

61 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

62 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

63 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

64 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

65 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

66 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

67 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

68 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

69 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

70 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

71 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

72 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

73 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

74 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

75 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

76 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

77 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

78 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

79 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

80 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

81 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

82 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

83 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

84 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

85 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

86 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

87 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

88 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

89 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

90 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

91 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

92 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

93 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

94 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

95 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

96 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

97 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

98 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

99 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

100 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

101 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

102 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

103 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

104 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

105 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

106 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

107 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

108 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

109 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

110 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

111 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

112 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

113 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

114 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

115 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

116 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

117 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

118 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

119 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

120 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

121 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

122 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

123 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

124 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

125 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

126 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

127 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

128 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

129 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

130 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

131 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

132 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

133 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

134 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

135 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

136 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

137 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

138 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

139 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

140 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

141 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

142 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

143 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

144 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

145 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

146 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

147 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

148 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

149 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

150 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

151 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

152 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

153 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

154 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

155 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

156 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

157 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

158 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

159 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

160 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

161 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

162 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

163 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

164 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

165 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

166 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

167 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

168 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

169 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

170 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

171 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

172 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

173 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

174 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

175 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

176 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

177 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

178 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

179 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

180 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

181 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

182 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

183 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

CELPE

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-520
CNPJ 10.825.000/0001-00 | Insc. Est. 01.6549-13 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

NOME: MARIA NA CONCEIÇÃO DO CARVALHO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

Nº: 9 MANOEL COELHO 177

CNPJ: 08.138.084-18 N.º: 204.0910300

STAMARIAL DO CAMOUEIRA RURAL SANTAM
SANTA MARIA DO CAMOUEIRA PE
55165-310

CLASSIFICAÇÃO

TIPO: RESIDENCIAL
USO: RESIDENCIAL COMUM

7019321112-08/2019

20/09/2019 24/09/2019

DATA: 20/09/2019

20/09/2019 24/09/2019

60,85

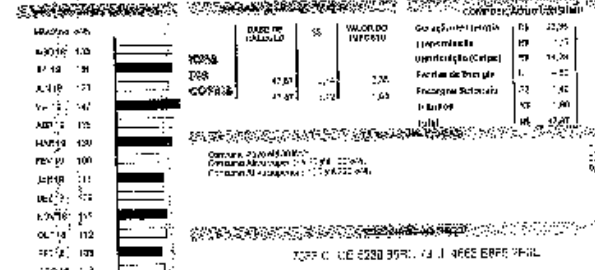
20/09/2019 24/09/2019

Consumo Médio de 30 dias:
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês

QUANTIDADE	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
30,000000	0,1912433	5,75
10,000000	0,2718415	27,18
10,000000	0,4917812	13,25
		11,41
		2,77
		10,11
		1,16
		1,16
		1,16

TOTUM DE FATURAMENTO

Nº DE FATOR	TENSAO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE FATOR	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
20/09/2019	110	20/09/2019	---	---	20/09/2019	---	---	20/09/2019	---	---	---



Consumo Médio de 30 dias: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês

RESUMO DA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR
Consumo	50,00	50,00	50,00

Consumo Médio de 30 dias: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês

CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR
Consumo	50,00	50,00	50,00

RESUMO DA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR
Consumo	50,00	50,00	50,00

Consumo Médio de 30 dias: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês

Consumo Médio de 30 dias: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês

Consumo Médio de 30 dias: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês
Consumo Abaixo da Média: 50,00 kWh/mês



União Nacional de Energia Elétrica - UNEE
Comissão Nacional de Energia Elétrica - CNEE
União Nacional de Energia Elétrica - UNEE
Comissão Nacional de Energia Elétrica - CNEE

RELATÓRIO DE ATIVIDADES

PERÍODO: 01/01/2019 a 31/12/2019

UNIDADE: 102.74

ATIVIDADES:

ATIVIDADE	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR TOTAL
102.74	102.74	102.74	102.74

ITEM	UNIDADE	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR TOTAL
102.74	102.74	102.74	102.74	102.74



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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 Adriana M. Moura de A. Feres inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Kidene Yuri Coutinho de Farias inscrito (a) no CPF sob o Nº 119.813.264 / 40, do sinistro de DPVAT cobertura II Vítimas da Vítima Kidene Yuri Coutinho de Farias, inscrito (a) no CPF sob o Nº 119.813.264 / 40, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Rua João Batista</u>	Número	<u>340</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Surubim</u>	Estado	<u>PE</u>
Email	_____		CEP	<u>55750-000</u>	
Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)			
<u>81.99700-1995</u>		<u>81.98129-8619</u>			

Surubim, 10 de Janeiro de 2020
Local e Data

Adriana M. Moura de A. Feres
Assinatura do Declarante





Trabalhando com o povo
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o(a)
paciente KILDGE YURI COSTINHO DE FARIAS
_vítima de acidente de moto, portador(a) do CPF:
119.818.254-40 RG:
9.880.968, residente:
Srta. Manoel Costa recebeu
atendimento na Policlínica Santina Falcão no dia 08/09/2019, onde foram
realizados os primeiros socorros pela equipe de plantão.

Santa Maria do Cambucá, 04 de NOVEMBRO de 2019

HENRIQUE SOARES DO NASCIMENTO

DIRETOR DE SERVIÇOS HUMANOS

Secretaria de Saúde de Santa Maria do Cambucá
CPF: 845.006.307-06








SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA



SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA - SAME

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr (a) **Kildere Yuri Coutinho de Faria**, Esteve Interno (a) nesta unidade de saúde no período do dia **08/09/2019 a 08/09/2019**, Registro : **344803**

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 13 de Setembro 2019

09.794.975/0269-27

FUSAM - Hospital Regional do Agreste

37.272, Km 132

Caruaru - PE 55000-000

setor de Arquivo (same)



22



SANTA MARIA DO CARÚCA
Transparência para o povo

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Keliane YVES MACHADO de Jesus

Idade: 44 anos

Endereço: Rua da Liberdade, 100

Cidade: Santa Maria do Carúca

UF: RJ

CPF: 000.000.000-00

Data: 21/09/2020

000.000.000-00



[illegible][illegible]

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGENCIA

Nome do paciente: _____

Residência: _____

Assinatura do médico responsável: _____

Assinatura do enfermeiro responsável: _____

Assinatura do farmacêutico responsável: _____

Assinatura do nutricionista responsável: _____

Assinatura do psicólogo responsável: _____

Assinatura do fisioterapeuta responsável: _____

Assinatura do fonoaudiólogo responsável: _____

Assinatura do assistente social responsável: _____

Assinatura do técnico de enfermagem responsável: _____

Assinatura do agente de limpeza responsável: _____

Assinatura do agente de segurança responsável: _____

Assinatura do agente de manutenção responsável: _____

Assinatura do agente de transporte responsável: _____

Assinatura do agente de alimentação responsável: _____

Assinatura do agente de lavanderia responsável: _____

Assinatura do agente de faxina responsável: _____

Assinatura do agente de segurança patrimonial responsável: _____

Assinatura do agente de segurança da informação responsável: _____

Assinatura do agente de segurança do paciente responsável: _____

Assinatura do agente de segurança do processo responsável: _____

Assinatura do agente de segurança do produto responsável: _____

Assinatura do agente de segurança do serviço responsável: _____

Assinatura do agente de segurança do sistema responsável: _____

Assinatura do agente de segurança do usuário responsável: _____

Assinatura do agente de segurança do ambiente responsável: _____

Assinatura do agente de segurança do equipamento responsável: _____

Assinatura do agente de segurança do documento responsável: _____

Assinatura do agente de segurança do processo responsável: _____

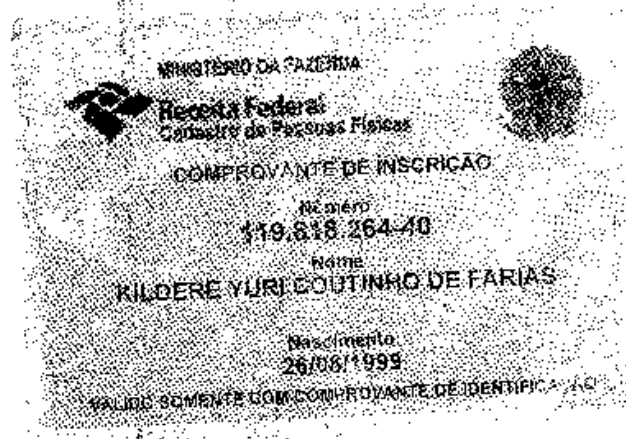
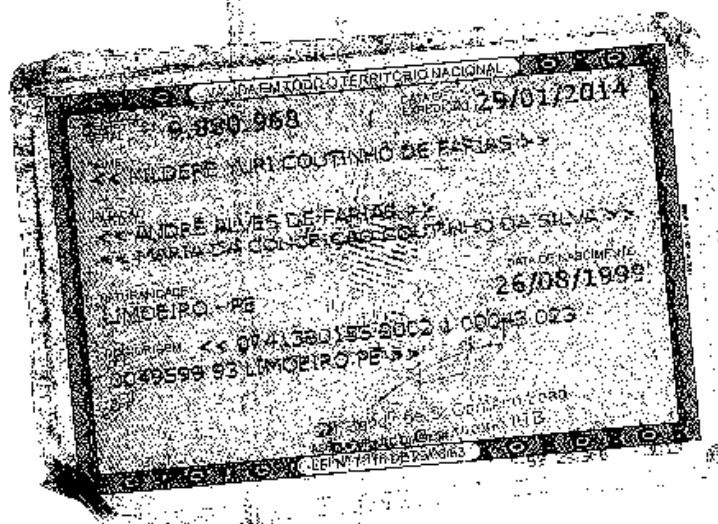
Assinatura do agente de segurança do produto responsável: _____

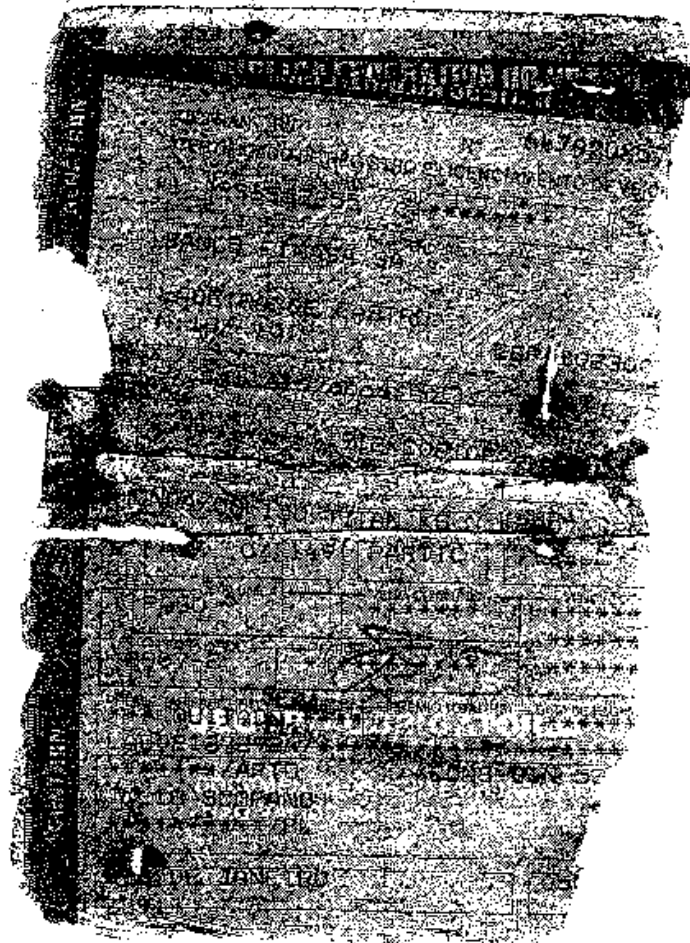
Assinatura do agente de segurança do serviço responsável: _____

Assinatura do agente de segurança do sistema responsável: _____

Assinatura do agente de segurança do usuário responsável: _____









RIO DE JANEIRO - RJ

LTB-1594

HONDA/CG 150 TITAN KS

2007/2008

AZUL

CHASSI FINAL 00779

FURTO/ROUBO: NÃO

POSSUI ANOTAÇÃO? NÃO

MAIS INFORMAÇÕES NO ESTADO:

RJ

OUTROS ESTADOS



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200020643 **Cidade:** Santa Maria do Cambucá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS **Data do acidente:** 08/09/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA FACIAL COM ESCORIAÇÕES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA
P5,6

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0017699/20

Vítima: KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS

CPF: 119.818.264-40

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 08/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS : 119.818.264-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/01/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: REC. INFORMAR
IDENTIDADE: 9.880.968 SDS/PE - CPF: 119.818.264-40
DATA DO ACIDENTE: 08/09/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VITIMA: KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS
ENDEREÇO: SÍTIO MANOEL COSME, 177, ZONA RURAL, SANTA MARIA DO CAMBUCÁ - PE

OUTORGADO

NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE CPF: 945.234.444-04
ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-PE.

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

SURUBIM- PE 12 DE SETEMBRO 2019

Kilder de Farias

CNS 15.950-9

ASSINATURA DO OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Reconhecido por autenticidade a firma de KILDERE YURI DE FARIAS. Dou fé. Emol R\$ 3,59. TSMR R\$ 0,80. O. 04. FUNSEG R\$ 0,08. EERC R\$ 0,40. ISS R\$ 0,00. no a 01 Em testemunha. ADEILSON GONZAGA

DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE - CNS 15.950-9
Ritular: RICARDO JOSÉ AMORIM CAMPOS
Telefone: (81) 9964-1182

Reconhecido por autenticidade a firma de KILDERE YURI DE FARIAS. Dou fé. Emol R\$ 3,59. TSMR R\$ 0,80. O. 04. FUNSEG R\$ 0,08. EERC R\$ 0,40. ISS R\$ 0,00. no a 01 Em testemunha. ADEILSON GONZAGA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0017699/20

Vítima: KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS

CPF: 119.818.264-40

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/09/2019

Titular do CPF: KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS : 119.818.264-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/01/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

