



Número: **0034584-61.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **30/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.505,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSUE MAXIMIANO DA SILVA (AUTOR)	BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	
ROMERO BEZERRA CAVALCANTI MENDES (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68589 578	25/09/2020 15:17	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, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200128394 Vítima: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

Data do Acidente: 14/12/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUEROUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSUE MAXIMIANO 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, contados 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 15652621



pag. 00573/00574 - carta 01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:17:31
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009251517318050000067269395>
Número do documento: 2009251517318050000067269395

Nº 68589578 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200128394 Vítima: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

Data do Acidente: 14/12/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da pessoa indicada pelo beneficiário para assinar a rogo/a pedido , pois não foi entregue.
Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da pessoa indicada pelo beneficiário para assinar a rogo/a pedido ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00855/00856 - carta_03 - INVALIDEZ



00040428

Carta nº 15652622



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:17:31
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092515173180500000067269395>
Número do documento: 20092515173180500000067269395

Num. 68589578 - Pág. 2



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

Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200128394 Vítima: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

Data do Acidente: 14/12/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

Informações que o pagamento da inden

informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: **JOSUE MAXIMIANO DA SILVA**

Valor: R\$ 945,00

Banco: 237

Agência: 000000835-4

Conta: 00000023762-0

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:17:31
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092515173180500000067269395>
Número de documentos: 20092515173180500000067269395

Num. 68580578 Pág. 3



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, 20 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200128394 Vítima: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

Data do Acidente: 14/12/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 20/04/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

ՀՅՈՒՅՆԻ ՎՐԱՅԻ



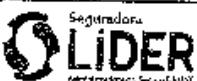
0040454

Carta n° 15714736



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:17:31
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009251517318050000067269395>
Número do documento: 2009251517318050000067269395

Num. 68589578 - Pág. 4



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do documento ou ASU: **628.945.874-49** 4 - Nome completo da vítima: **JOSUÉ MAXIMIANO DA SILVA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	JOSUÉ MAXIMIANO DA SILVA			6 - CPF:	628.945.874-49		
7 - Profissão:	AGRICULTOR	8 - Endereço:	Sítio PEDRE BULHO			9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	ZONA RURAL		12 - Cidade:	VERTENTE DO LÉRIO		13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:				16 - Tel.(DDD):	(61) 99100-1998		

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:		
<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) <input type="checkbox"/> CONTA POUPLANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (297) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA: 0835 CONTA: 023762
(Informar o dígito verificador)	(Informar o dígito verificador)	(Informar o dígito verificador)

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 e dando, desde já e momentaneamente após a efetivação do crédito, quitação 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 estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Salvo o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às instalações da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do falecimento da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou herdeiros? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--------------------------	---	---	---	--	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias que se apresentarem e provarem deles conexão, estando a morte, única, ce 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.

JOSUÉ SOUZA DA SILVA

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

087.201.774-05

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

Josué Souza da Silva

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Leonardo Souza da Silva

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Guariba 21/02/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001-V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ºCIRC
DINTER1/16ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0206000219

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/01/2020 às 09:57**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cuiposo (Consumado) que aconteceu no dia **14/12/2019 às 19:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, CENTRO** - Bairro: **CENTRO** -
SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **PROX. AO MATADOURO**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSUÉ MAXIMIANIANO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSUÉ MAXIMIANIANO DA SILVA**

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

JOSUÉ MAXIMIANIANO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSEFA DA SILVA** Pai: **VITAL MAXMIANO DA SILVA** Data de Nascimento: **8/8/1967** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3484133/SDS/PE (RG), 62894687446 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **ANALFABETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE VERTENTE DO LERIO, 1, SÍTIO PEDREGULHO - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Data de Nascimento: **4/1/1991** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA HONDA CG FAN X3 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSUÉ MAXIMIANIANO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSUÉ MAXIMIANIANO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFD4564** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **308487010** Chassi: **9C2JC4110BR460542**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011**

Complemento / Observação

24/01/2020 09:57

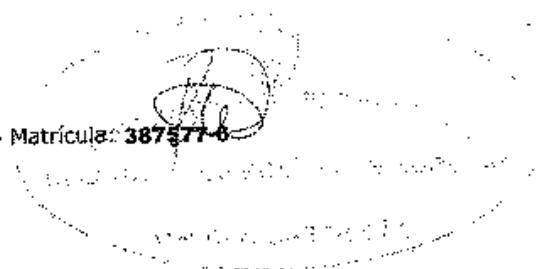


DECLARA O SENHOR JOSUÉ MAXIMINIANO QUE SOFREU UM ACIDENTE DE MOTO NO DIA 14/12/2019 NO CENTRO DE SURUBIM PRÓXIMO AO MATADOURO, QUE UM CARRO FOI "CORTAR" O OUTRO E QUE ELES VINHAM EM DIREÇÃO OPPOSTA, OCORRE QUE NESSA ULTRAPASSAGEM O CARRO QUE REALIZOU A MONOBRA COLIDIU DE FRENTES COM SENHOR JOSUÉ, O CQUE OCASIONOU O ACIDENTE, QUE O SAMU REALIZOU O SEU SOCORRO SENDO ENCAMINHADO PARA A UPA DE SURUBIM, DE LÁ SEGUIU PARA O HOSPITAL DE CARUARU E POSTERIORMENTE REALIZOU CIRURGIA EM BEZERROS CONFORME PRONTUÁRIO N°. 25480 OCORRÊNCIA 00103315. REGISTRA O FATO PARA CONHECIMENTO.

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

**JOSUÉ MAXIMIANO DA SILVA
(VITIMA)**

8.0 registrado por: RENATA KESSIA RIBEIRO SILVA - Matrícula: 387577-0



24/01/2020 09:53



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:17:31
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092515173180500000067269395>
Número do documento: 20092515173180500000067269395

Num. 68589578 - Pág. 7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do documento ou ASU: **628.945.874-49** 4 - Nome completo da vítima: **JOSUÉ MAXIMIANO DA SILVA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	JOSUÉ MAXIMIANO DA SILVA	6 - CPF:	628.945.874-49
7 - Profissão:	AGRICULTOR	8 - Endereço:	Sítio PEDRE BULHO
9 - Número:	2602C	10 - Complemento:	CASA
11 - Bairro:	ZONA RURAL	12 - Cidade:	VERTENTE DO LÉRIO
13 - Estado:	PE	14 - CEP:	55760-000
15 - E-mail:	81.99.100.1998		
16 - Tel.(DDD):	81.99.100.1998		

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 de 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:		
<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) <input type="checkbox"/> CONTA POUPLANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (297) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA: 0833 CONTA: 023762
(Informar o dígito verificador)	(Informar o dígito verificador)	(Informar o dígito verificador)

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 momentaneamente após a efetivação do crédito, quitação 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 estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- * 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.

Salvo o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às instalações da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do falecimento da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou herdeiros? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--------------------------	---	---	---	--	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias que se apresentarem e provarem deles conexão, estando à parte, única, se que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: JOSUÉ SOUZA DA SILVA CPF: 087.201.774-05 Assinatura da testemunha
35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)	40 - Local e Data: SAUBIM 21/02/2020
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000023762-0

Nr. Autenticação
BRADESCO0804202005000000000237008350000002376294500 PAGO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:17:31
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092515173180500000067269395>
Número do documento: 20092515173180500000067269395

Num. 68589578 - Pág. 9

Tarifa Social de Energia Elétrica. Criada pela Lei 10.458, de 20/01/2002.



158 159

24/06/2024 09:24:49

ESTRÉIA DA EDIÇÃO CONQUISTADORA
A FESTA DA VIDA

REF 020 945 274-59 NIS 12305038400

WESTERN BOUNDARIES OF THE MOUNTAIN PROVINCE

ပြည်သူမှု

U-1270298 | U-1270299

—
—
—

27/01/2020 00:00:1014 3161322

47

100% Certified
43.0

Nº DO VENDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO(MW)
V-2222	ACI	09/12/2012	36.442,00	09/12/2012	32.261,00	139	-0,0001	12,80

THESE DOCUMENTS TESTIFY TO THE GREAT VARIETY OF CULTURES WHICH EXISTED IN THE AMERICAN CONTINENT AT THE TIME OF THE ARRIVAL OF THE SPANISH AND PORTUGUESE EXPLORERS. THEY ARE A TESTIMONY TO THE INGENUITY AND INDEPENDENCE OF THE NATIVE PEOPLES.

ITEM NUMBER	VALVE NUMBER	LEAD PIPE SIZE	PIPE SIZE	PIPE LENGTH	PIPE DIA.	THERMAL NOISE (dB) @ 1 kHz		UNIT OF MEASUREMENT
						TYPE A	TYPE B	
201	1	1/2"	1/2"	15.0	45.0	96.00	96.00	
202	1	1/2"	1/2"	0.25	20.0			
203	1	1/2"	1/2"	0.25	20.0			
204	1	1/2"	1/2"	0.25	20.0			



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:17:31
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009251517318050000067269395>
Número do documento: 2009251517318050000067269395

Num. 68589578 - Pág. 10

CEPE

Tarifa Social de Energia Elétrica - Crédito de LCL 10.438, de 20/04/02

Companhia Energética do Pernambuco
Av. João de Barros, 11 - Rio Vermelho - PE - CEP 50110-002
CNPJ 10.835.902/0001-00 | Insc Est 000461301 | www.cepe.com.br

Salvo 03-01-2020

AURÉLIA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

RUA JOÃO BAPTISTA 2111

CPF: 845 244 444-44

CENTRO SUL/818
SURUBIM/PE
5750-000

CLASSENÚMERO:

SI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Maneirinhos

CEP: 57500-000

NR126902

UF: PE



- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. Josué Maximiano da Silva, nascido no 06/08/1967, filho da Sra. Maria Josefa da Silva e do Sr. Vital Maximiano da Silva. Residente no sítio Lério de Cima na zona rural desta Cidade. Solicitou no dia 17/01/2020 cópia do seu prontuário de atendimento devido acidente.

Atendido nesta Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Dr. Gentil Augusto de Miranda no dia 14/12/2019 pelo médico plantonista Dr. Carlos Antônio CRM – 26407.

Surubim, 17 de janeiro de 2020.

UPA - DR. GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA
Av. Marilda de Arruda Guerra - Coqueiro
Surubim - PE
CNPJ: 08.937.139/0001-78

Ionara Scáres

Ionara Scáres de Andrade Silva
SAME - MAT. 810463



'RUBIM - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

JLETIM DE EMERGÊNCIA Cor/Raça: PARDA N° OCORRÊNCIA: 00103315
 Cidadão: 25480 CNS: 162308420260006 Idade: 52 Anos 4 Meses 8 Dias Sexo: MASCULINO
 Nome: JOSUÉ MAXIMIANO DA SILVA Nascimento: 06/08/1967 Est.Civil: CASADO
 End.: LERIO DE CIMA Nº: Bairro: ZONA RURAL CEP: 55750000
 Cidade: SURUBIM Nac.: BRASILEIRA Doc nº:
 Rua: MARIA JOSEFA DA SILVA Pai: VITAL MAXIMIANO DA SILVA Tel.: 81 71163805
 Profissão: AGRICULTOR Responsável:

Últimas Ocorrências:

Últimas Ocorrências:				
Data:	Hora:	Nº Ocorrência:	Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:	
4/12/2019	19:25	103315	ACIDENTE HGT 163	SB O2 96%
5/06/2018	08:25	16851	TRIAGEM	
4/05/2018	12:54	16768	TRIAGEM	

CONCILIAÇÃO URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

RE-CONSULTA: URGÊNCIA ()		NÃO URGÊNCIA ()			
HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA
	110 x 70	86			

ESTUDOS Y DIAGNÓSTICO

TRATAMENTO:

Vilhena de Colosseus
Grau - 2000, escorpião
Na praia ② e der +
estrangeiro no 1º dia de
outono ①. Glasgow 15.

YAMAKAS COMPLEMENTAIRES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

HRA-584824

KITTYO NO SATOMI

ESTÂNCIA INTERNADO

US CITATION:

— — —

GB1751

WPA SIGHTS

10KA 5A10A

10KA 5A10A

<input type="checkbox"/> CURATIVO	<input type="checkbox"/> BÁSICO	<input type="checkbox"/> ESP	TÉCNICO / COREN
<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO		
CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:		MÉDICO / ESPECIALISTA DA UNIÃO	
<input type="checkbox"/> URGÊNCIA BÁSICA	<input type="checkbox"/> URG. ESPECIALIZADA		
<input type="checkbox"/> OBS. BÁSICA	<input type="checkbox"/> OBS. ESPECIALIZADA	HORÁRIO:	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

DATUM: 14/12/2019 19:25:08

DESENVOLVIMENTO: MARIA LUCIANA DA FERREIRA DO NASCIMENTO





UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Prefeitura Municipal do Surubim
Secretaria de Saúde do Surubim

Drº Gentil Augusto de Miranda

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

1ª Via Hospital de destino/2ª Via Hospital local

Hospital Local:	Município:			
Nome do Paciente:	data de Nascimento: 06/08/1967			
Quadro Clínico:	Homem de 52 anos. Urticaria de Coluna Vertebral. Urticaria Pomo Apresenta dor intensa e diferenças de 10° fértil da cintura.			
HD:	Fundura fértil cintura (10°)			
Assinatura do (a) Médico (a) Assistente	CRM:	DATA:		
	DATA:			
Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Chefe do Plantão	COREN:	DATA:		
1ª REMOÇÃO	1º Hospital de Destino:	Município:	Hora Saída	Hora Chegada
	Motivo (Registro Detalhado)	HRA: 5837 834		
	Assinatura do (a) médico (a):	CRM:		
2ª REMOÇÃO	2º Hospital de Destino:	Município:	Hora Saída	Hora Chegada
	Motivo (Registro Detalhado)	6/08		
	Assinatura do (a) médico (a):	CRM:		
Assinatura do Responsável				
Assinatura e carimbo do Técnico de Enfermagem	COREN:			
Assinatura do Motorista	Placa da Ambulância:			





o José Mariano da Cunha

O paciente apresenta dor de feror
apertado de cintura articulares por
um período de 00 (Zero) dias

(0) 10/05/62

20/10/19

Av. Major Aprígio da Fonseca, s/n - Bezerros - PE - Fone/Fax: (0xx81) 3728.1686 / 1099



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:17:31
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092515173180500000067269395>
Número do documento: 20092515173180500000067269395

Num. 68589578 - Pág. 17



LIDA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste DR. WALDEMIR FERREIRA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr (a) **Iosué Maximiniano da Silva**, Esteve Interno (a) nesta Unidade de Saúde No dia **15/12/2019** a **18/12/2019**. Registro : **350972**

OBS: Vítima de Acidente no Trânsito.

Desde já nos colocamos à disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 14 de Fevereiro 2020

109.794.975/0263-
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
Av. 232 Km 130
CEP 56.034-000

setor de Arquivo (same)

Avenida José Rodrigues da Jesus - Br. 232 - Km 130 - S/N - Bairro Indianópolis, Caruaru - PE - CEP 56.034.000
CNPJ: 10.572.048/0014-42 - Fone: 0xx81-3719.9346 / 3719.9400 (SAMÉ)



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGENCIA

Atendimento: 571235
 Pizzetti/10
 Nome: JOSE LUIZ DOMINGOS DA SILVA
 Data Nasc.: 28/06/1967 Idade: 51 Sexo: MASCULINO Cor: PARD
 RG: 94841-3 CNH:
 Endereço: SITIO PIAUAPULU
 Bairro: PIAUAPULU Cidade: VITRIM Profissão: PASSADOR/A MAC
 CEP: 55760-000 Fone: 301525144
 Nome da Mae: MARIA JOSEFA DA SILVA
 Acompanhante:
 Marido do Atendente: ATT COM MOTOCICLETA
 Cidade: SITIO PIAUAPULU

卷之三



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:17:31


<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092515173180500000067269395>
Número do documento: 20092515173180500000067269395

Num. 68589578 - Pág. 20

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:17:31

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092515173180500000067269395>
Número do documento: 20092515173180500000067269395

Num. 68589578 - Pág. 21



UPA 24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

**Resolução n.º 100 - do Conselho
Sectário de Saúde da Sustentabilidade**

Digitized by srujanika@gmail.com

14067 PÁGINA TRANSCRITO POR PACIENTE



16012020
574860



Scanned with
CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:17:31
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092515173180500000067269395>
Número do documento: 20092515173180500000067269395

Num. 68589578 - Pág. 23



NOME

JOSÉ MAXIMO

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o
diagnóstico de:

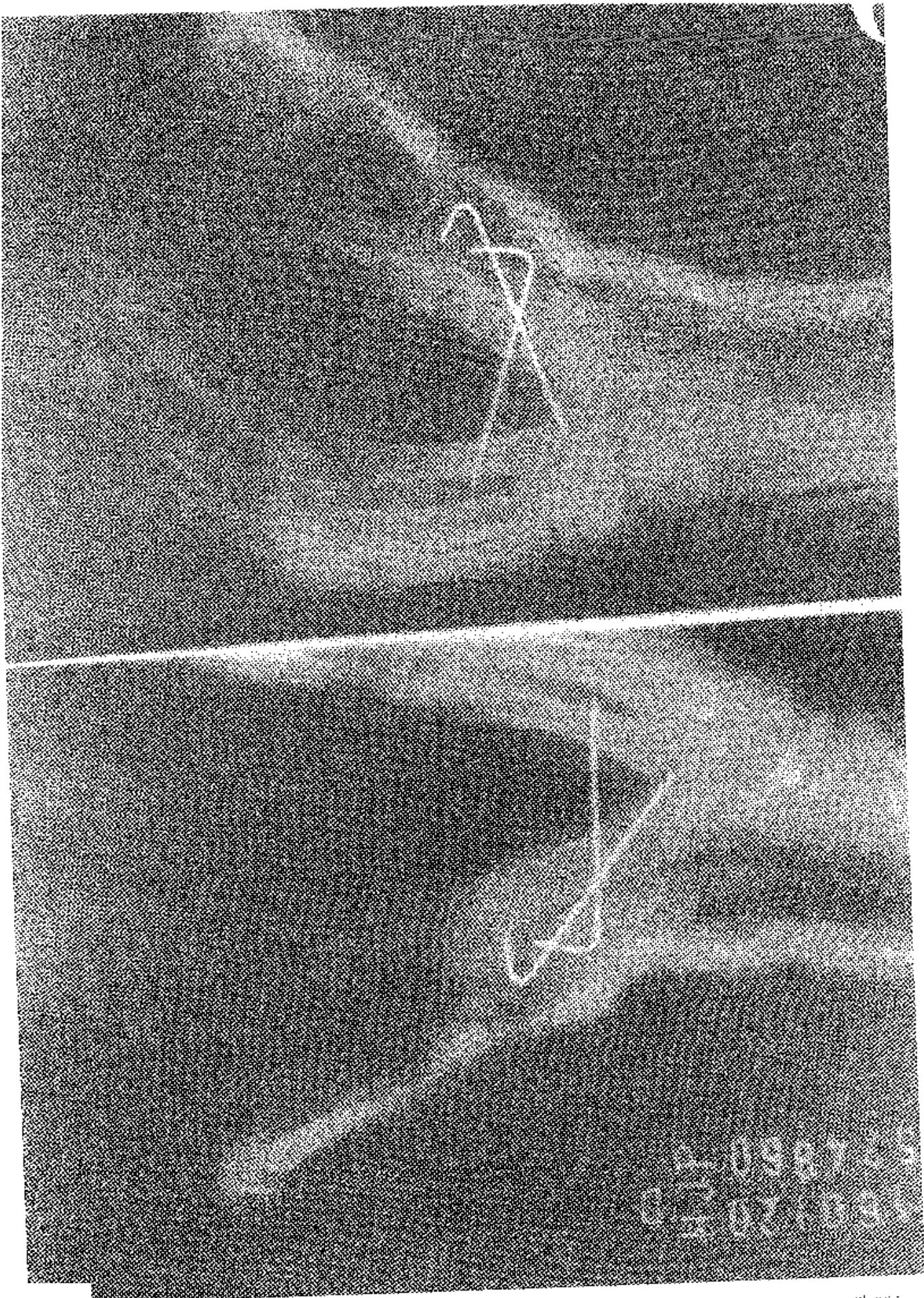
submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia

Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Bezerros,

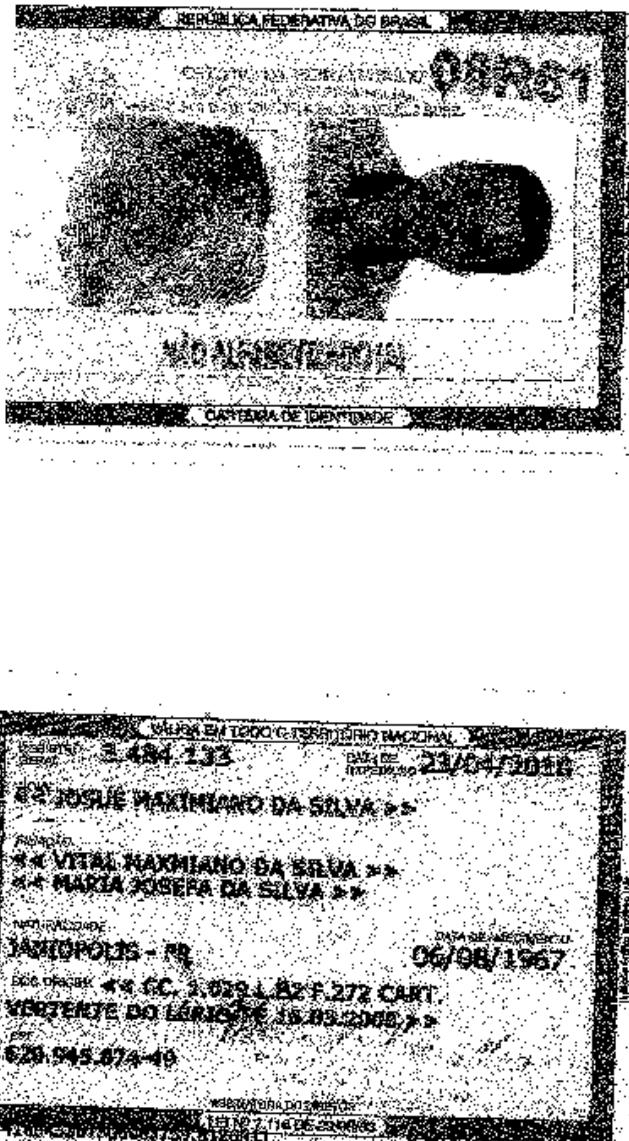
16/01/20





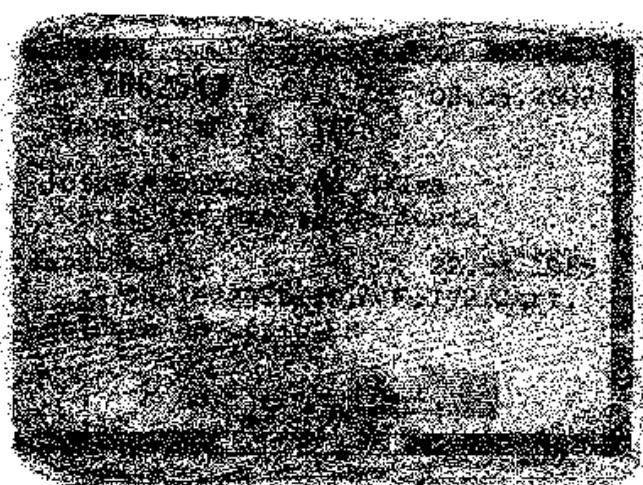
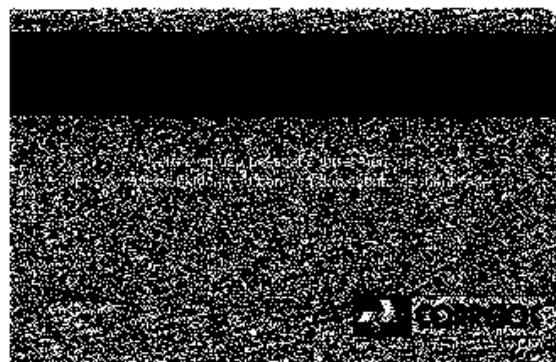
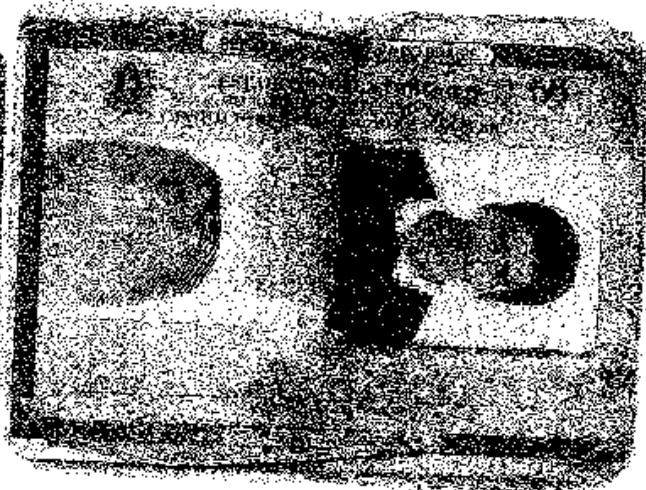
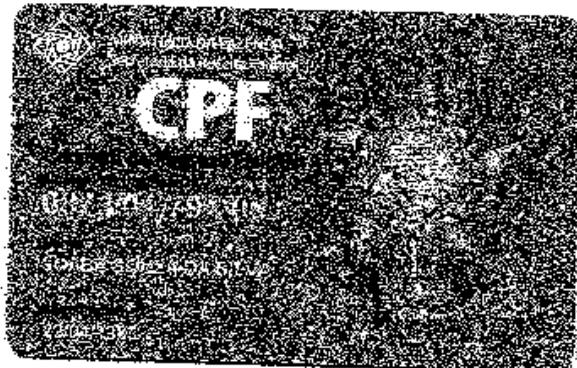
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:17:31
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092515173180500000067269395>
Número do documento: 20092515173180500000067269395

Num. 68589578 - Pág. 25



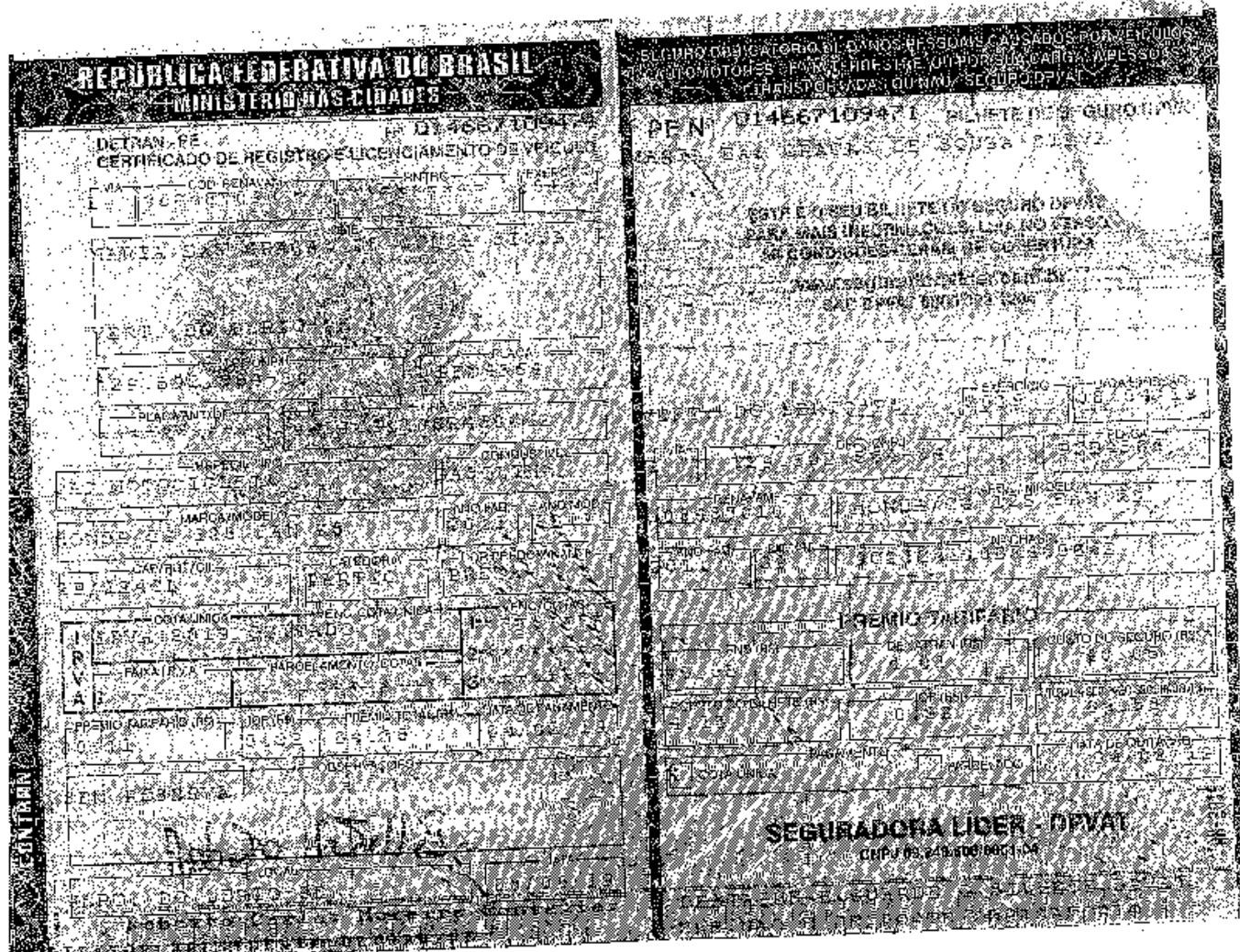
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:17:31
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092515173180500000067269395>
Número do documento: 20092515173180500000067269395

Num. 68589578 - Pág. 26



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:17:31
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092515173180500000067269395>
Número do documento: 20092515173180500000067269395

Num. 68589578 - Pág. 27



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200128394 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA **Data do acidente:** 14/12/2019 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1º METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 8/9/10_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0101332/20

Vítima: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

CPF: 628.945.874-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/12/2019

Titular do CPF: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

JOSUE MAXIMIANO DA SILVA : 628.945.874-49

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 23/03/2020

Data do cadastramento: 23/03/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:17:31
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092515173180500000067269395>
Número do documento: 20092515173180500000067269395

Num. 68589578 - Pág. 30

30/03/2020

::Via para Pagamento de Conta de Energia

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1428086222

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS 111 BOA VISTA,
RECIFE - PERNAMBUCO
CEP: 50050-902
CNPJ: 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-
Ligações Gratuitas de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligações Gratuitas de telefones fixos e tarifadas
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE!
ROSEANE MARIA DA SILVA-PX DA VENDA DE CICO

DATA DE VENCIMENTO
30/03/2020

TOTAL A PAGAR
R\$ 54,52

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

23/03/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

23/03/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

101735834

CONTA CONTRATO
4008622995

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico
B1

ENDEREÇO
PX DA VENDA DE CIÇO -SI LERIO 13 - SURUBIM/GANCHO DO GALO -55750-000 SURUBIM PE -

PERÍODO CONSUMO
20/02/2020 a 23/03/2020

CONSUMO
0

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Aliquota valor do imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui			
CONTA CONTRATO 4008622995	MÊS/ANO 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 54,52	VENCIMENTO 30/03/2020

TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar e perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838900000005 545200110049 008622995109 145274384430

http://mento.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D~home~neologw-sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCConversaoServlet?dest=1&cdd... 1/1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:17:31
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092515173180500000067269395>
Número do documento: 20092515173180500000067269395

Num. 68589578 - Pág. 31

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0101332/20

Número do Sinistro: 3200128394

Vítima: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

CPF: 628.945.874-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/12/2019

Titular do CPF: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 15/04/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Data do cadastramento: 15/04/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:17:31
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092515173180500000067269395>
Número do documento: 20092515173180500000067269395

Num. 68589578 - Pág. 32

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0101332/20

Número do Sinistro: 3200128394

Vítima: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

CPF: 628.945.874-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/12/2019

Titular do CPF: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentos de identificação

Outros

JOSUE MAXIMIANO DA SILVA : 628.945.874-49

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 31/03/2020

Data do cadastramento: 31/03/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 574.940.534-68

CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:17:31
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092515173180500000067269395>

Número do documento: 20092515173180500000067269395

Num. 68589578 - Pág. 33