



Número: **0067898-95.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **21/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CARLOS VICENTE DA SILVA (AUTOR)		dinara guimaraes da silva (ADVOGADO) JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA (ADVOGADO)	
GENTE SEGURADORA SA (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71809 116	30/11/2020 16:08	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, 09 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200320781

Vítima: CARLOS VICENTE DA SILVA

Data do Acidente: 29/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS VICENTE 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 16107727

Pag. 01101/01102 - carta_01 - INVALIDEZ

00020696





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, 23 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200320781

Vítima: CARLOS VICENTE DA SILVA

Data do Acidente: 29/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS VICENTE DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: CARLOS VICENTE DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000001784-1

Conta: 0000023855-4

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, retorne 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-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF de vítima: 038.812.974-13 4 - Nome completo da vítima: CARLOS VICENTE DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSIL DA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 146/2012

5 - Nome completo: CARLOS VICENTE DA SILVA 6 - CPF: 038.812.974-13
7 - Profissão: Agente de Vendas 8 - Endereço: Rua Amaro Lima 9 - Número: 61 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Machado 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.740-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 99987-5498

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

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 comprometo a anexo (ANEXAR CÓPIA)

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: BRAPESCO
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1784 CONTA: 238554
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realize perícia 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, sem necessidade de apresentação de laudo, desde já, sem 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 qualquer reconhecimento nem a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data da última da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Última filha nascida (ou nascida)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Declaro, sob as penas da lei, que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem sua condição, quando desta, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da sanção penal criminal por infração da artigo 299 do Código Penal.

MARIA DAS GRAÇAS FERREIRA DASILVA

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

103.468.394-24

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

Maria das Graças Ferreira dasilva

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

38 - 1ª Nome: JOSE MATIAS DA SILVA

CPF: 052.212.674-33

Jose Matias da Silva

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: SYNETE ALVES DA SILVA

CPF: 059.251.244-48

Synete Alves da Silva

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Machado - PE 28 de Agosto de 2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Periciador (se houver)

12/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 12ª CIRCUNSCRIÇÃO - MACHADOS - DP12ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0215000231

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/09/2020 às 11:11

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 29/12/2019 às 23:55

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE MACHADOS, 1, SÍTIO SIQUEIRA** Bairro: **ZONA RURAL**
- **MACHADOS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEM AUTORIA (AUTOR/AGENTE)
SONIA MARIA DA SILVA (OUTRO)
PAULINHO (OUTRO)
CARLOS VICENTE DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **PAULINHO**

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

CARLOS VICENTE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ALMERINDA EUDÓCIA DA SILVA** Pai: **PEDRO VICENTE DA SILVA** Data de Nascimento: **18/3/1975** Naturalidade: **MACHADOS / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE MACHADOS, 1, RUA FELIPE CORREIA - CEP: 0 - Bairro: SANTA TEREZINHA - MACHADOS/PERNAMBUCO/BRASIL**

SEM AUTORIA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

SONIA MARIA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

PAULINHO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE MACHADOS, 1, RUA FELIPE CORREIA - CEP: 0 - Bairro: SANTA TEREZINHA - MACHADOS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA HONDA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SONIA MARIA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PAULINHO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJ55355** (PERNAMBUCO/RECIFE) Renavam: **154089225** Chassi: **902JC41109R910786**

9/3/2020, 11:12 AM



Ano Fabricação/Modelo: 2009/NÃO INFORMADO

Complemento / Observação

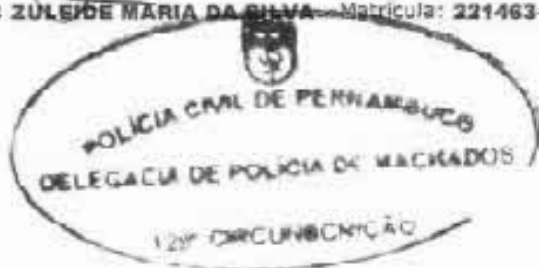
A VÍTIMA INFORMA QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO ESTAVA NA GARUPA DA REFERIDA MOTOCICLETA QUE AO PASSAR POR UM BURACO NA ESTRADA DE TERRA, A VÍTIMA SE DESEQUILIBROU E CAIU NA ESTRADA, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DESTA CIDADE DE MACHADOS E TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA PELA FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ((PERNA ESQUERDA) CONFORME DOCUMENTO DE ATENDIMENTO Nº 3417221 E PRONTUÁRIO Nº 1103270 DO HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, QUE A MOTOCICLETA ERA PILOTADA PELA PESSOA CONHECIDA POR PAULINHO, RESIDENTE EM MACHADOS-PE.

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

X

CARLOS VICENTE DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: ZULEIDE MARIA DA SILVA - Matrícula: 221463-6



9/3/2020, 11:12 AM



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200320781

Cidade: Machados

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CARLOS VICENTE DA SILVA

Data do acidente: 29/12/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com seqüela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações: PÁGINAS 01, 03, 04, 05 E 06.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF de vítima: 4 - Nome completo da vítima:
038.812.944-33 CARLOS VICENTE DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSIL DA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 416/2012

5 - Nome completo: CARLOS VICENTE DA SILVA 6 - CPF: 038.812.944-33
7 - Profissão: Agente de Vendas 8 - Endereço: Rua Amaro Lima 9 - Número: 61 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Machado 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.740-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 99987-5498

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

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 comprovarei anexo. (ANEXAR CÓPIA)

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: BRAPESCO
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1784 CONTA: 238554
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realize perícia 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, sem necessidade de apresentação de laudo, desde já, sem 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 qualquer reconhecimento nem a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data da última da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Última filha nascida (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Declaro, sob as penas da lei, que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem a existência do vínculo de parentesco, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da possibilidade de ação criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

MARIA DAS GRAÇAS FERREIRA DASILVA

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido:

103.468.394-24

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

Maria das Graças Ferreira dasilva

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

38 - 1ª Nome: JOSE MATIAS DA SILVA

CPF: 052.212.674-33

Jose Matias dasilva

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: SYNETE ALVES DA SILVA

CPF: 059.251.244-48

Synete Alves da Silva

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Machado - PE 28 de Agosto de 2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Periciador (se houver)

12/2019

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: 18/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS VICENTE DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01784-1

CONTA: 000000023855-4

Nr. Autenticação

BRADESCO1809202005000000000023701784000000023855236250 PAGO





NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA	
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 9005943-93	 CELPE www.celpe.com.br Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 COMERCIAL 116 PRONTUÁRIO 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-Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE JARBAS BRANDAO DE SIQUEIRA SANTOS CPF: 693.499.524-15 ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA MATIAS DE ALBUQUERQUE 223 AP-304 STO ANTONIO/RECIFE 50010-030 RECIFE PE	DATA DE VENCIMENTO 03/08/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 27/07/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 27/07/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 117780865	CONTA CONTRATO 004003839066 Nº DO CLIENTE 2950480087 Nº DA INSTALAÇÃO 0033201816
CLASSIFICAÇÃO B3 COMERCIAL - COMERCIAL Monofásico			
RESERVADO AO FISCO A36E.A9AD.D5E4.DDA1.296E.D0B7.8713.458F			

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2016), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(KWh)-TUSD	175,00	0,45218467	79,13
Consumo Ativo(KWh)-TE	175,00	0,35637601	62,36
Contrib. Ilum. Pública Municipal			32,51
ICMS Subvenção-CDE-RF 109861772-26/05/20			1,07
TOTAL DA FATURA			175,07

TARIFAS APLICADAS		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(KWh)-TUSD	0,3085454	JUL 20	175
Consumo Ativo(KWh)-TE	0,20113616	JUN 20	105
		MAR 20	153
		ABR 20	183
		MAR 20	229
		FEV 20	231
		JAN 20	262
		DEZ 19	249
		NOV 19	215
		OUT 19	249
		SET 19	193
		AGO 19	191
		JUL 19	269

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO							
R\$		%		R\$		%	
Gerção de Energia	44,79	25,22	Transmissão	6,28	3,58		
Distribuição (Celpe)	32,55	18,59	Energias Solaris	6,27	3,58		
Tributos	41,77	23,86	Perdas de Energia	16,45	9,39		
TOTAL	141,40	100					

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
141,49	25,00	35,37	141,49	0,60	1,13	141,49	3,73
							6,27

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DE FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh		
00000002171038978	CAT	24/06/2020 7.808,66	27/07/2020 7.784,00	33	1,00000	0,00	175,00		
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 23/08/2020									

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES						
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APROXIMADO	RETA ANUAL	RETA TRIMESTRAL	RETA SEMESTRAL	RETA ANUAL
maio/2020						
DJO-Nível de tensão sem energia	GAZOMETRO	0,89	28,88	52,17	164,34	
PEC-No. de vezes sem energia		0,89	3,11	8,22	12,46	
DWJO-Duração máxima de interrupção contínua		0,89	12,22	8,59	0,96	
DWCR-Duração de interrupção em dia crítico						Limite DWCR: 12,22
EUSD-Margem de Encargo de Uso = R\$ 55,76						
Tudo Consumidor pode solicitar a separação dos Indicadores DJS, PEC, DWJO e DWCR e solicitar tempo.						

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você, ag correios central salvador: avenida guararapes santo antonio / cbs informatica; pc da independencia 29 santo antonio, lista completa em www.celpe.com.br . Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br . Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 38.489/15. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Novas Tarifas reajuste médio de 4,88% vigente a partir de 01/07/2020 (Res. ANEEL 2683/20).	NÍVELS DE TENSÃO <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <td>MÍNIMO MÁXIMO</td> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202 231</td> </tr> </table> AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO MÁXIMO	220	202 231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)						
	MÍNIMO MÁXIMO						
220	202 231						

CONTA CONTRATO 004003839066	MÊS/ANO 07/2020	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 03/08/2020	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
---------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	--

FATURA PAGA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
--------------------	------------------------------



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://www3.susep.gov.br/biblioteca/web/DOCORIGINAL.aspx?TIPO=1&CODIGO=30626>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras e Intermediárias constituam 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 LOAII²**.

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 – LOAII, 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 JOSEMAR CARVALHO DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o nº 402.061.204/20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CARLOS VICENTE DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 028.832.949/12, do sinistro de DPVAT cobertura IMPALENIZ da Vítima CARLOS VICENTE DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o nº 028.832.949/12, 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 Matias de Albuquerque, Edt. Bananinho</u>		Número	<u>223</u>	Complemento	<u>Sala 804</u>
Bairro	<u>Santo Antônio</u>	Cidade	<u>Recife</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
Email	<u>josimar.advogado@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD)	<u>(81) 99987-5498</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(81) 99188-9457</u>

Recife - PE 08 de Setembro de 2020
Local e Data

Joimar Carvalho de Souza
Assinatura do Declarante





PREFEITURA MUNICIPAL
DE MACHADOS

O Renascer
uma nova história



HOSPITAL EDSON ÁLVARES

Rua José Alexandre, 240

Fone: 3649.1162

FICHA DE EMERGÊNCIA

DATA: 29/12/19 HORA: 23:55 REGISTRO: 24208

NOME: Carlos Vicente da Silva

SEXO: M IDADE: 52 ESTADO CIVIL: S DATA NASC.: 18/03/1975

ENDEREÇO: Rua Filipe Correa

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Esposa (acompanhadora)

QUEIXAS: PA: 130 x 90 Hipertensão

Paciente com hipertensão

Peso 60 kg - 1,60 m

CD: 5702, 5001/01

Uso de medicação

NOE - out

5848768

Verificação

0020

0020

0020

0020

0020

0020

0020

0020

0020

0020

0020

0020

0020

() INTERNAÇÃO () TRANSFERIDO () OBSERVAÇÃO () ÓBITO () ALTA

Dr. João
20/12/19
20/12/19

CÓDIGO PROCEDIMENTO

MÉDICO

Marta Caroline
RECEPCIONISTA





PREFEITURA MUNICIPAL
DE MACHADOS

O Renacer
Uma nova história



RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde:

NOF 047 5846768

Nome do Paciente:

CARLOS VILSON DOS S.

52 anos

Importante: fazer pesquisa
do histórico, em especial,
entrevista, com familiares
+ histórico pessoal?
+ histórico atual, organizado, e
condição, atualizado.

Data

Profissional Reg.





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome:
CARLOS VICENTE DA SILVA

Idade:
44 Anos 9 Meses 12 Dias

Nasc:
18/03/1975

Sexo:
MASCULINO

CNS:
208707175085699

Contato:
#1. 99014553 | Celular: 81.

Hósp:
ALMERINDA EUDOCIA DA SILVA

Endereço:

RUA FELIPE CORREIA / Nº 1 - BARRIO: CENTRO - CIDADE: NACRAGOS - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 30/12/2019 03:15

Prontuário: 1103270

Nº. Atendimento: 3417331

Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:

DR. HENRIQUE PEREGRINO BAUDEL

Admissão

Queixa Principal

DOR - SANGRAMENTO NA PERNA ESQUERDA APÓS ACIDENTE DE MOTO.
APRESENTA FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA

História Clínica

ACIDENTE DE MOTO

Exame Físico

BO REGULAR

Observações

Conduta

INTERNAÇÃO

DR. HENRIQUE PEREGRINO BAUDEL - CRM: 19.9028

Data/Hora: 30/12/2019 - 03:15


DR. HENRIQUE P. BAUDEL
Ortopedia/Traumatologia
CRM: 19.9028





SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

PACIENTE: CARLOS VICENTE DA SILVA PRONTUÁRIO: 1103270

CIRURGIÃO: Dr. MARCELO LARRAZABAL 1ºAUX: Dr. ROBERTO

2ºAUX:

ANESTESISTA: Dr. ARTHUR

ANESTESIA: RAQUEANESTESIA

DATA DA OPERAÇÃO: 30/12/19

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRAT EXPOSTA DE TIBIA

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO

OPERAÇÃO PROPOSTA: TRAT CIR DE FRAT EXPOSTA DE TIBIA + FIXAÇÃO EXTERNA

OPERAÇÃO REALIZADA: A PROPOSTA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA - APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. INCISÃO EM FACE ANTERIOR DA PERNA ESQUERDA;
4. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF0,9% DE FRAT EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA;
5. FIXAÇÃO EXTERNA COM FIX. LINEAR;
6. SUTURA POR PLANOS ANATOMICOS;
7. CURATIVO

Lotim: 021319 Código: A23P 8 450
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
X C X 2,5 X 300 V T

Fab. 29 05 2019 Val. 05 2024
Registro Anvisa Nº 8083450616
Material ACO INOX F138

Lutz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.625/0001-00 - Rio Claro - SP
Tel.: 52 19 3536-1910 info@gsartori.com.br

Lotim: 026925 Código: F99 8 208
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA
SARTORI - LINEFIX
TIBIA FEMUR T 300 - EXTERIO
Fab. 04 09 2016 Val. 06 2024
Registro Anvisa Nº 8083450631
Material ACO INOX ALUMINIO

Lutz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.625/0001-00 - Rio Claro - SP
Tel.: 52 19 3536-1910 info@gsartori.com.br

Dr. Marcelo Larrazabal
Traumatologia e Ortopedia
CRM: 17.874 TEOT: 13.843





HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: CARLOS VICENTE DA SILVA	Nº DO REG	63370
CLÍNICO: ORTOPEDIA	Nº DO LEIT	
OPERADOR: DR ALFONSO		
1º ASSISTENTE: DR RICARDO	2º ASSISTENTE: DR GEOVANE + DR ARTHUR	
INSTRUMENTADOR: ROBSON	ANESTESISTA: DRA VERA	
ANESTESISTA: RAQUIANESTESIA	DURAÇÃO:	
DATA DA OPERAÇÃO: 09/01/20	INÍCIO:	FIM:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DIAPHISÁRIA OSSOS DA PERNA ESQUERDA		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO		
OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAPHISÁRIA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA COM HASTE INTRAMEDULAR DE TIBIA		
OPERAÇÃO REALIZADA: A MESMA		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM D.O. SOB ANEST. G. G.
2. ASSEPSIA E ANTISEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO MEDIANA EM REGIÃO ANTERIOR DE JOELHO ESQUERDO
5. DISSECÇÃO POR PLANOS
6. INCISÃO TRANSPATELAR
7. PASSAGEM DE FIO GUIA INTERNA
8. FRESAGEM DO CANAL MEDULAR DA TIBIA ESQUERDA
9. POSICIONADA HASTE INTRAMEDULAR TAMANHO 3000
10. REALIZADO BLOQUEIO PROXIMAL COM 2 PARAFUSOS DE C/ TAL COM 2 PARAFUSOS
11. VISUALIZADO BOA REDUÇÃO E POSICIONAMENTO DA HASTE COM RADIOSCOPIA
12. COLOCADO TAMPÃO
13. SUTURA POR PLANOIS
14. CURATIVO

ORTOMÉDICA:

- 01 HASTE BLOQUEADA DE TIBIA
- 04 PARAFUSOS CORTICAIS DE BLOQUEIO (02 PROXIMAIS E 02 DISTAIS)
- 01 TAMPÃO

Dr. Geovane J. Junior
Médico
CRM-PE 23037

At. 313722



Atendimento: 3417226

Dt Atendimento: 30/12/2019 - 00:20

Dt Alta: 11/01/2020 - 12:19

Paciente: 1103270 CARLOS VICENTE DA SILVA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS INTERNACAO

Leito: 193 TRAU 23-01 - POSTO II

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 5 ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P

Usuário: GUSTAVOPG

Director Clinico:

CID: S829 FRATURA DA PERNA, PARTE NAO ESPECIFICADA

Procedimento de Alta - Procedimento não informado

Observação de Alta

SOLLMV - SIMPLES E COMPLETO





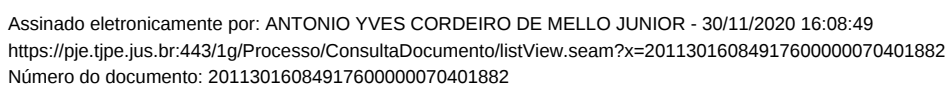
Digitalizado com CamScanner





Digitalizado com CamScanner





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014800845820
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 000 RENAVAM: 164089225 ENTRADA: 2019

PLACA: 158.717.004-91

RECEIPE-PE

PLACA ANT. UF: 9C2JC41109R510/86

ESPECIE TIPO: AMBROSIOCIETP

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
 CONDUTORES DE VEÍCULOS TERRESTRES, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

DE Nº 014800845820 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SÔNIA MARIA DA SILVA
 RUA TACATE 197 50721-730
 DE CORUMBÁ RECEIPE-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 20/02/19

MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS ANO FMS: 2009 ANO REG: 2009

CPF / CNPJ: 28/124CL CATEGORIA: PARTIC COR PRECATORIA: VERMELHA

GOTA UNIC: IPVA 2019 QUITADO

IPVA 2019 QUITADO

P: 1

V: 1

A: 1

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00.11

COF (R\$): 0.32

PREMIOS TOTAL (R\$): 84.58

DATA DE PAGAMENTO: 19/02/19

OBSERVAÇÕES: 2L. FID. BANCO ITAUCARD SA

RECIFE: Roberto F. Silva DATA: 20/02/19

ROBERTO GILLES MOREIRA FONSECA
 DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS

CPF / CNPJ: 28/124CL

CATEGORIA: PARTIC

COR PRECATORIA: VERMELHA

GOTA UNIC: IPVA 2019 QUITADO

IPVA 2019 QUITADO

P: 1

V: 1

A: 1

PREMIO TARIFARIO

PREMIOS TOTAL (R\$): 36.05

COF (R\$): 4.01

PREMIOS TOTAL (R\$): 40.06

COF (R\$): 4.15

COF (R\$): 0.32

PREMIOS TOTAL (R\$): 84.58

DATA DE PAGAMENTO: 19/02/19

PAGAMENTO: 19/02/19

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

PASSO DA 288.808.0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.

DE Nº 014800845820



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0252255/20
Vítima: CARLOS VICENTE DA SILVA
CPF: 028.812.974-12
Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 29/12/2019
CPF de: Próprio
Titular do CPF: CARLOS VICENTE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA : 402.061.224-20

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

CARLOS VICENTE DA SILVA : 028.812.974-12

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: 08/09/2020
Nome: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA
CPF: 402.061.224-20

JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/09/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a V/A	
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.836.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0806843-93	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-Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE MONICA MARIA PEREIRA CPF: 031.225.174-26 NIS: 17670370774	DATA DE VENCIMENTO 01/09/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 27,95	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 25/08/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 25/08/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 121727758	CONTA CONTRATO 002605953010 Nº DO CLIENTE 2501262461 Nº DA INSTALAÇÃO 0601919822
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA AMARO LIND 81 CENTRO/MACHADOS 55748-005 MACHADOS PE		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico	
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br		RESERVADO AO FISCO B234.C32B.C2F8.661D.7787.CD0E.F802.BCB0	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,10653020	3,20
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	44,00	0,18778605	8,26
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,09385398	2,80
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	44,00	0,16054569	7,06
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,66
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8969			3,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh		
189938	CAT	27/07/2020 15.824,00	25/08/2020 15.990,00	25	1,0660	0,88	74,00		

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LETURA: 26/09/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL
Jan/2020				
DJC-Horas de falta sem Energia	BON JARDIM	0,00	8,91	11,82
FD-Mo, de horas sem Energia		3,00	3,16	6,72
DWC-Duração máxima de interrupção contínua		0,45	2,48	0,90
Limite DDC: 12,12				
DWC-Duração de interrupção em dia crítico				
ELUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 10,83				
Todo Consumidor pode solicitar a aplicação das Tarifas DDC, DFC, DFC e DFC a qualquer tempo.				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEL DE TENSÃO	
Pague no ponto mais perto de você através: av. Manoel Pedro de Aguiar no 144 centro / farmácia e perfumaria central: av. Manoel Pedro de Aguiar 140 centro. Lista completa em www.celpe.com.br . Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br . O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res.414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês letargia do ICMS conforme art. 9, XLVII, a, 2.2.2, do RICMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 23,86. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo da disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão. O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 681/13. Acesse www.celpe.com.br e confira nossa Política de Privacidade.		TENSÃO NOMINAL(V) 220 LIMITE DE VARIAÇÃO(V) MÍNIMO 202 MÁXIMO 231	
		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

DESTAQUE AQUÍ

CONTA CONTRATO 002605953010	MÊS/ANO 08/2020	TOTAL A PAGAR(R\$) 27,95	VENCIMENTO 01/09/2020	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
---------------------------------------	---------------------------	------------------------------------	---------------------------------	--

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA DAS GRAÇAS PEREIRA DA SILVA

RG nº 8.505.586, data de expedição 26/03/2008 Órgão SDS/PE,

CPF nº 103.468.394-24, venho perante o este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que residu no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua Amaro Lima
Número	61
Adto / Complemento	Casa
Bairro	Centro
Cidade	Machados
Estado	Pernambuco
CEP	55.740-000
Telefone de Contato	(81) 99901 4553
E mail	-

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Machados - PE 28 de Agosto de 2020.

Assinatura do Declarante: Maria das Graças Pereira da Silva







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **052.919.674-39**

Nome: **JOSE MATIAS DA SILVA**

Data de Nascimento: **23/04/1975**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **21/03/2002**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:33:56** do dia **07/09/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **A7CD.C3C6.3D4D.045B**



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

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







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **059.251.244-48**

Nome: **EDINETE ALVES DA SILVA**

Data de Nascimento: **26/11/1981**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **16/04/2003**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:35:58** do dia **07/09/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **3FBC.DFC9.28E3.79A6**



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

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



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA																																																												
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93		 CELPE www.celpe.com.br			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-Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis																																																							
DADOS DO CLIENTE FRANCIS DA SILVA SANTANA CPF: 039.840.374-38 ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA EDSON ALVARES 210 CENTRO/MACHADOS 55740-009 MACHADOS PE As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br		DATA DE VENCIMENTO 01/09/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 59,81		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 25/08/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 25/08/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 121816788																																																								
CONTA CONTRATO 004008424913 Nº DO CLIENTE 2022798273 Nº DA INSTALAÇÃO 0091920347		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico RESERVADO AO FISCO 68AE.FB03.6598.7F26.32A5.803A.6D03.6F80																																																										
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL																																																												
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)																																																									
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	58,30	0,46923188	27,21	EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Vencido</th> <th>DI Rest</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>03/08/20</td> <td>25/08/20</td> <td>101,96</td> </tr> <tr> <td>01/09/20</td> <td>25/09/20</td> <td>23,22</td> </tr> </tbody> </table>	Vencido	DI Rest	Valor	03/08/20	25/08/20	101,96	01/09/20	25/09/20	23,22																																															
Vencido	DI Rest	Valor																																																										
03/08/20	25/08/20	101,96																																																										
01/09/20	25/09/20	23,22																																																										
Consumo Ativo(kWh)-TE	58,30	0,36471913	21,15																																																									
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,65																																																									
ICMS Subvenção-CDE-NF 11386228-24/08/20			0,99																																																									
Multa por atraso-NF 11386228 - 24/08/20			2,00																																																									
Juros por atraso-NF 11386228 - 24/08/20			1,60																																																									
Atualização GPM-NF 11386228 - 24/08/20			3,31																																																									
TOTAL DA FATURA			59,81																																																									
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS																																																												
ICMS		PIS		COFINS																																																								
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%																																																								
48,36	25,00	12,09	48,36	1,00																																																								
			48,36	5,62																																																								
			48,36	5,04																																																								
				2,43																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Tarifas Aplicadas</th> <th colspan="2">HISTÓRICO DO CONSUMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo(kWh)-TUSD</td> <td>0,32218800</td> <td>AGO 20</td> <td>58</td> </tr> <tr> <td>Consumo Ativo(kWh)-TE</td> <td>0,25118900</td> <td>JUL 20</td> <td>104</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JUN 20</td> <td>127</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>MAY 20</td> <td>157</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>ABR 20</td> <td>145</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>MAR 20</td> <td>139</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>FEV 20</td> <td>136</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JAN 20</td> <td>102</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>DEZ 19</td> <td>110</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>NOV 19</td> <td>87</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>OUT 19</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>SET 19</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>AGO 19</td> <td>30</td> </tr> </tbody> </table>					Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO		Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,32218800	AGO 20	58	Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25118900	JUL 20	104			JUN 20	127			MAY 20	157			ABR 20	145			MAR 20	139			FEV 20	136			JAN 20	102			DEZ 19	110			NOV 19	87			OUT 19	95			SET 19	30			AGO 19	30
Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO																																																										
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,32218800	AGO 20	58																																																									
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25118900	JUL 20	104																																																									
		JUN 20	127																																																									
		MAY 20	157																																																									
		ABR 20	145																																																									
		MAR 20	139																																																									
		FEV 20	136																																																									
		JAN 20	102																																																									
		DEZ 19	110																																																									
		NOV 19	87																																																									
		OUT 19	95																																																									
		SET 19	30																																																									
		AGO 19	30																																																									
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL																																																												
NÚMERO DO MEDIDOR	Tipo da Função	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS																																																								
0000099570051116	CAT	27/07/2020 20.721,60	25/08/2020 20.779,90	28																																																								
		CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh																																																								
		1,99000	0,03	58,00																																																								
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 24/09/2020																																																												
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES																																																												
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL																																																								
Jun/2020																																																												
DEC-Medidas horas sem Energia	DOM JARDIM	0,00	6,91	11,82																																																								
DEC-No de vezes sem Energia		3,00	3,36	6,72																																																								
DEC-Duração máxima de interrupção contínua		0,49	3,46	0,50																																																								
Limite DIARI: 12,32																																																												
EURO-Valor do Escopo de Uso = R\$ 10,76 Toda Consumidor pode solicitar a suspensão dos indicadores DEC, DFC, DMC e DCC a qualquer tempo.																																																												
INFORMAÇÕES IMPORTANTES																																																												
Pague no ponto mais perto de você exclusiva: av. Manoel Pedro Aguiar no 144 centro / farmácia e perfumaria central: av. Manoel Pedro de Aguiar 140 centro. Lista completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 38.469/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão. Acesse www.celpe.com.br e confira nossa Política de Privacidade.																																																												
NÍVEL DE TENSÃO																																																												
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)																																																											
	MÍNIMO	MÁXIMO																																																										
220	202	231																																																										
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																																																												
Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.																																																												



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, JOSE MATIAS DA SILVA

RG nº 6 706 403, data de expedição 03/06/2016, Órgão SDS/DE,

CPF nº 052.919.674-39, venho perante o este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Edson Alvarez</u>
Número	<u>210</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Machados</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>55.740-000</u>
Telefone de Contato	<u>(61) 99901-4553 (Recado)</u>
E-mail	<u>—</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Machados-PR 28 de Agosto de 2020.

Assinatura do Declarante: Jose matias da Silva



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, EDINETE ALVES DA SILVA,

RG nº 6.706.385, data de expedição 04/08/2000 Órgão SSSPe,

CPF nº 039.251.244-48, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome do terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Edison Alves</u>
Número	<u>230</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Machados</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.740-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9990.1-4553</u>
E-mail	<u>—</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Machados-PE 28 de Agosto de 2020

Assinatura do Declarante: Edinete Alves da Silva



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S): CARLOS VICENTE DA SILVA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG nº 4.973.627 SSP/PE, inscrito no CPF (MF) sob o nº 028.812.974-12, residente na Rua Felipe Correia, 208, Centro, Machados-PE, CEP: 55.740-000, neste ato tendo assinado a rogo, a Srta. **MARIA DAS GRAÇAS PEREIRA DA SILVA**, brasileira, solteira, Agricultora, portadora do RG nº 8.505.586 SDS/PE, inscrita no CPF sob o nº 103.468.394-24, residente na Rua Amaro Lino, 61, centro, Machados-PE, CEP: 55740-000.

OUTORGADO: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA, brasileiro, casado, Advogado OAB/PE 40.200, RG nº 2.417.796 SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 402.061.224-20, com endereço profissional sito na Rua Matias de Albuquerque, 223, Sala 804, Edifício Rancmércio, Santo Antônio, Recife-PE, CEP: 50.010-090.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(s) outorgante(s) acima qualificado(s), nomeia(m) e constitui(em) como seu bastante procurador, o outorgado também qualificado, para representá-lo(a)(s) no que diz respeito ao recebimento da indenização do seguro DPVAT (Danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre).

ORIS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações prestadas e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Machados-PE, 28 de Agosto de 2020.



OUTORGANTE

Maria das Graças Pereira da Silva

A Rogo: MARIA DAS GRAÇAS PEREIRA DA SILVA

Testemunhas:

Josemaria da Silva

Nome: JOSE MATIAS DA SILVA - RG nº 6.706.403 SDS/PE - CPF nº 052.919.674-39
Endereço: Rua Edson Alvares, 210, Centro, Machados-PE, CEP: 55740-000

Edinete Alves da Silva

Nome: EDINETE ALVES DA SILVA - RG nº 6.706.385 SDS/PE - CPF nº 059.251.244-48
Endereço: Rua Edson Alvares, 210, Centro, Machados-PE, CEP: 55740-000

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL
Rua José Nilo, nº 156 - Cruzeiro - Machados/PE - Tel. 81-993024195/995253558
Sérgio Ricardo Vasconcelos Tabelião

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de EDINETE ALVES DA SILVA Machados/PE, 28/08/2020 08:32:58, em testemunho da verdade. Emolumentos: R\$ 4,12 TSNR: R\$ 0,82 Total: R\$ 4,94

Diogo Souto Maior - Escrevente
Selo Digital: 0169616.TM.082020091.00183
Consulte autenticidade em: www.tpe.jus.br/validar

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL
Rua José Nilo, nº 156 - Cruzeiro - Machados/PE - Tel. 81-993024195/995253558
Sérgio Ricardo Vasconcelos Tabelião

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de MARIA DAS GRAÇAS PEREIRA DA SILVA Machados/PE, 28/08/2020 08:32:58, em testemunho da verdade. Emolumentos: R\$ 4,12 TSNR: R\$ 0,82 Total: R\$ 4,94

Diogo Souto Maior - Escrevente
Selo Digital: 0169616.TM.082020091.00183
Consulte autenticidade em: www.tpe.jus.br/validar

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL
Rua José Nilo, nº 156 - Cruzeiro - Machados/PE - Tel. 81-993024195/995253558
Sérgio Ricardo Vasconcelos Tabelião

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de JOSÉ MATIAS DA SILVA Machados/PE, 28/08/2020 08:32:58, em testemunho da verdade. Emolumentos: R\$ 4,12 TSNR: R\$ 0,82 Total: R\$ 4,94

Diogo Souto Maior - Escrevente
Selo Digital: 0169616.TM.082020091.00183
Consulte autenticidade em: www.tpe.jus.br/validar

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0252255/20
Vítima: CARLOS VICENTE DA SILVA
CPF: 028.812.974-12
Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 29/12/2019
Titular do CPF: CARLOS VICENTE DA SILVA
CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA : 402.061.224-20

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

CARLOS VICENTE DA SILVA : 028.812.974-12

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: 08/09/2020
Nome: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA
CPF: 402.061.224-20

JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/09/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

