



Número: **0071635-09.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA VALERIA DOS SANTOS (AUTOR)		DIVANETE MARIA ALMEIDA DA SILVA (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72211 185	08/12/2020 15:25	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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190674885 Vítima: MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 01/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário 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. 01137/01138 - carta_03 - INVALIDEZ

00805569



Carta nº 15209789





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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190674885

Vítima: MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 01/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15210145

Pag. 01585/01586 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190674885

Vítima: MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 01/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT , com preenchimento completo e sem rasuras, com assinatura a rogo de pessoa indicada pela vítima/beneficiário não alfabetizado e de 02 (duas) testemunhas, com a impressão digital do não alfabetizado, pois o entregue não atende a essas orientações. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.
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

Carta nº 15450098

Pag. 01593/01594 - carta_03 - INVALIDEZ

00060797





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, 17 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190674885

Vítima: MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 01/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA VALERIA DOS SANTOS 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. 01311/01312 - carta_03 - INVALIDEZ

00040656



Carta nº 15627474





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, 14 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190674885

Vítima: MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 01/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi interrompido, mas poderá ser reaberto assim que os documentos solicitados forem entregues.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado ou acesse o aplicativo do Seguro DPVAT.

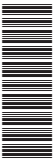
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00503/00504 - carta_16 - INVALIDEZ

00020252



Carta nº 16123582





Autorização de pagamento



Número do documento: 20120815254718900000070793270

Autorização de pagamento



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

71906-111
31906-111

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMN (DÉSPAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASE

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

Ms. Valéria Das Santos Silva

6 - CPF:

624.232.624/91

7 - Profissão:

Dona de casa

8 - Endereço:

Rua Jandara

9 - Número:

40

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Paracatu

12 - Cidade:

Rio de Janeiro

13 - Estado:

RJ

14 - CEP:

52.570-330

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

31935019739

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



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 bancos abaixo. Assinale uma opção)



Bradesco (237)



Itaú (341)



Banco do Brasil (001)



Caixa Econômica Federal (104)



CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

5067



CONTA:

0048000984139



AGÊNCIA:

CONTA:

31

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Luder 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 INVALEZ 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito 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 IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, às custas da Seguradora Luder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (no Civil)



Divorçado



Separado judicialmente



Vítima

24 - Data do óbito 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 teve filhos?



Sim



Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:



Falecidos:



Sim



Não

30 - Vítima deixou nascituro (nel nascido)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:



Falecidos:



Sim



Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?



Sim



Não

Estou ciente de que a Seguradora Luder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

Valéria Das Santos Silva

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

624.232.624/91

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

38 - 1ª Nome: Valéria Das Santos Silva

CPF: 624.232.624/91

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Valéria Das Santos Silva

CPF: 624.232.624/91

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

10/07/2019



9

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 015ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALTO DO PASCOAL -
DIMISª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0105000262

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 01/02/2019 às 11:52

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
ocorreu no dia 1/12/2018 às 12:00

Fato ocorrido no endereço: RUA URIEL DE HOLANDA, 0001, LINHA DO TIRO - Bairro:
BERERIBE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PRÓXIMO AO
TERMINAL DO BREJO DE BERERIBE
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Boletim de ocorrência:



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA (presente no plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA
REGINA DOS SANTOS Pai: SEVERINO FRANCISCO DOS SANTOS Data de Nascimento: 1/6/1968
Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA JANDAIA, 40 - CEP: 55008-000 - Bairro: PASSARINHO -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA HONDA NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KJE0309 (PERNAMBUCO/RECIFE)
Descrição: 125 CILINDRADAS.

Complemento / Observação

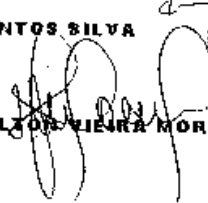
MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA E DECLAROU QUE NO
LOCAL, NA DATA E HORA SUPRACITADOS, FOI ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA HONDA
125 CILINDRADAS, COR PRETA, DE PLACA KJE0309, DO RECIFE-PE, PILOTADA POR PESSOA



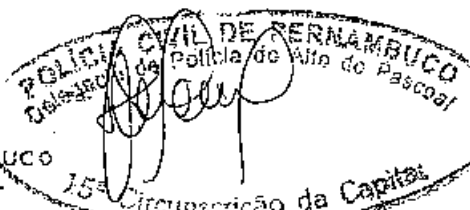
NÃO IDENTIFICADA; QUE SOFREU EDEMAS NA FANTURILHA E TORNOZELO DA PERNA ESQUERDA, CONFORME PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO DA UPA DE NOVA DESCOBERTA, ASSINADO PELA MÉDICA MARILIA LIMA GOMES, CRM/PE 23646.

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

MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por:  HAMILTON VIEIRA MOREIRA - Matrícula: 260603-7





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 615ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALTO DO PASCOAL
D1M15ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0105000262

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 01/02/2019 às 11:52

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia 1/12/2018 às 12:00

Fato ocorrido na endereço: RUA URSEL DE HOLANDA, 0001, LINHA DO TIPO Bairro: BEBERIBE - RECIFE/PERNAMBUCO, BRASIL - Conta de Referência: PRÓXIMO AO TERMINAL DO BREJO DE BEBERIBE Local de Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Não se trata de ocorrência), que estava em posse do(s) Sr(s):
DESCONHECIDO

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

MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA (presente no plantão) - Sexo: Feminino - Mãe: MARIA REGINA DOS SANTOS DO SEVERINO FRANCISCO DOS SANTOS Data de Nascimento: 16/1985 Nacionalidade: RECIFE / PERNAMBUCO - BRASIL Endereço: Rua Jandira, 40 - CEP: 55000-000 - Bairro: PASSARINHO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino, Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade de: Sr(s): DESCONHECIDO, que estava em posse do(s) Sr(s): DESCONHECIDO Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA HONDA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KJE0309 (PERNAMBUCO/PE) - Descrição: 125 CILINDRADA

Complemento / Observação

MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA compareceu a esta delegacia e declarou que no local, na data e hora supracitadas, foi atropelada por uma motocicleta Honda 125 CILINDRADA, cor preta, de placa KJE0309, do Recife-PE, pilotada por pessoa

01/02/2019 11:45

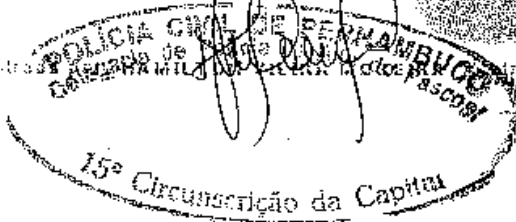


NÃO IDENTIFICADA, QUE SOFREU EDEMAS NA PANTURILHA E TORNÓZELO DA PERNILHA ESQUERDA, CONFORME PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO DA UPA DE NOVA DESCUBERTA, ASSINADO PELA MÉDICA MARILIA LIMA GOMES, CRM Nº 23640.

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

MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA
(VITIMA)

5. O registro é feito em nome do titular do documento, sendo o número 350603-7



350603

01/02/2019 11:45





Terça Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Concedente: Companhia de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50090-000
CNPJ 10.835.932/0001-00 | Enc. Est. 0005/PA-02 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA VALENTINA DOS SANTOS SILVA
CPF: 624.532.024-01
CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JARDIMIA 40
VILA N SA DA CONDEICAO RECIFE
RECIFE PE
57170-120

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
03/10/2019	17/10/2019	24/10/2019	1811,1/2019
17/10/2019	2001837185	0298780	166,77

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Aluguel (KWh)	167,0000000	0,8106952	131,30
Atividade Branda e Amarela			1,70
Atividade Branda e Verde			4,30
Correio Rural e Municipal			23,34
ICMS Substituição (Código 073911100-1808/16)			1,70
Multa por atraso (Código 077513184-1309/18)			
Juros por atraso (Código 077513184-1809/18)			
PRO-CREAFICA (Código 1081312-9950 C000 031 8889)			

Comprovante de residência



PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO
17/10/2019	17/10/2019	17/10/2019	17/10/2019	17/10/2019	17/10/2019	17/10/2019	17/10/2019	17/10/2019	17/10/2019

PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO
17/10/2019	17/10/2019	17/10/2019	17/10/2019	17/10/2019	17/10/2019	17/10/2019	17/10/2019	17/10/2019	17/10/2019

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pagamento de energia elétrica é obrigatório para todos os consumidores. O não pagamento pode resultar em suspensão do fornecimento de energia elétrica. O consumidor deve pagar a energia elétrica dentro do prazo estabelecido. O não pagamento pode resultar em suspensão do fornecimento de energia elétrica. O consumidor deve pagar a energia elétrica dentro do prazo estabelecido.

PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO
17/10/2019	17/10/2019	17/10/2019	17/10/2019	17/10/2019	17/10/2019	17/10/2019	17/10/2019	17/10/2019	17/10/2019

PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO
17/10/2019	17/10/2019	17/10/2019	17/10/2019	17/10/2019	17/10/2019	17/10/2019	17/10/2019	17/10/2019	17/10/2019





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
NOVA DESCOBERTA



M^{te} Valéria dos Santos Silva

Laudo / Fichas de acompanhamento.

Paciente de 50 anos, admitida neste serviço após atropelamento por motocicleta; evolui com udeme um MIE, porém com fechores à relogos.

Dr. Sidney Ribeiro
Médico
CRM-PA 122.649
03/12/16



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Dr. Sidney Figueira
CRM: Medico Nº: 15.20.649
Endereço Completo: 1006-1006-649
Cidade: _____ UF: _____

1ª Via - Farmácia
2ª Via - Paciente

Data: 03/10/18

Paciente: Maria Valéria dos Santos Lima

Endereço: _____

Prescrição: 1) Tamoxifeno 20 mg
1 comprimido 1x ao dia, de 6x a 12x
5 dias.

Dr. Sidney Figueira
Medico
CRM-15.20.649
Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Ident.: _____ Org. Emissor: _____
End.: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: 1/1/18



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.587.838 DATA DE EXPEDIÇÃO 16/01/2013

NOME << MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA >>

FILIAÇÃO << SEVERINO FRANCISCO DOS SANTOS >>
<< MARIA REGINA DOS SANTOS >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 01/06/1968

DOC ORIGEM << CC 1701, L-6-7, FL-101, CART. 150 >>
DIST RECIFE-PE 16.02.2005, >>

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.118 DE 28/08/83 F-53 28.196 - 4422

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBURGO SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES RUIZ

EC-3

ENCADORNADO

NÃO ALFABETIZADA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
624.532.624-91

Nome
MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

Nascimento
01/06/1968

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
2393.1DBF.2B36.1E20

A autenticidade desta comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:12:50 do dia 08/04/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 15751/2019

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 015A. CIRCUNSCRIÇÃO - ALTO PASCOAL
Ofício nº 059/2019 Data 10/4/2019
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 015A. CIRCUNSCRIÇÃO - ALTO

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal, Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 08:02 do dia 10 de Abril de 2019, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de MARIA VALÉRIA DOS SANTOS SILVA (filho(a) de SEVERINO FRANCISCO DOS SANTOS e de MARIA REGINA DOS SANTOS, de cor NÃO INFORMADO, sexo Feminino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil Viúvo (a), apresentando a idade de 50 Anos, peso NÃO INFORMADO, de estatura NÃO INFORMADO, natural de RECIFE - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado: RG: 3587838, profissão DO LAR, endereço RUA JANDAIA, nº 40, complemento: NÃO INFORMADO, bairro PASSARINHO, telefone/s NÃO INFORMADO, RECIFE - PE, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Pericianda informa ter sofrido atropelamento por moto em 01/12/2018, sofrendo traumatismo na perna esquerda. Teve atendimento médico na UPA 24H Nova Descoberta/Maria Lucinda e de lá transferência para o Hospital Getúlio Vargas-SUS-PE nesta cidade, com suspeita de trombose venosa profunda de membro inferior esquerdo, não trazendo consigo nenhuma Documentação Médica relacionada.

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Pericianda informa ter problemas de circulação em membros inferiores com doença vascular periférica desde os 15 anos de vida. Apresenta estigmas clássicos de doença vascular periférica com edema crônico, varizes em perna e coxa esquerdas. Antecedente de úlcera vascular em perna esquerda. Informa ainda, verbalmente antecedente de cirurgia vascular para tratamento de varizes em membros inferiores.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Diante do quadro clínico apresentado bem como a documentação médica a mim apresentada é possível a este expert, concluir que a pericianda é portadora de seqüela de doença vascular periférica em membro inferior esquerdo, não sendo porém possível o estabelecimento do nexo causal/temporal do quadro clínico apresentado e do acidente referido.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?

Sem elementos.

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?

Prejudicado.

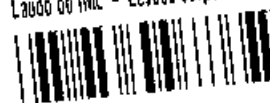
3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

Prejudicado.

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Prejudicado.

Laudo do IML - Lesões corporais

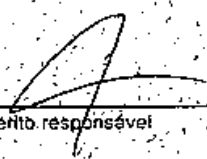




GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr^o. CICERO HELENO ALBUQUERQUE FEITOSA.
- CRM 11253


Perito responsável

Processo nº 20120815254718900000070793270
Data de emissão: 15/10/19
Assinatura: 
Fábio Farias Alvim
Assistente em Gestão Pública
Matrícula nº 263.378-7

15/10/19
15/10/19



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Unifam do
Consórcio do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431144/19

Vítima: MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

CPF: 624.532.624-91

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 01/12/2018

Titular do CPF: MARIA VALERIA DOS
SANTOS SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

Outros



MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA : 624.532.624-91

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: 03/12/2019
Nome: MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA
CPF: 624.532.624-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

ANDREZA ALVES DA CUNHA



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA MARCELA VALERIA DOS SANTOS SILVA

DATA DO ACIDENTE 01/12/18 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 624.532.624-91

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através de carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:



PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome)

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 624.532.624-91

E-mail JANEIRA SANTOS SILVA BC. 2019@GMAIL.COM Tel.: (11) 98446-062

Data _____ Assinatura _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) CO NEUS

Atendente JOSEFTE ALVES DE LIMA Matrícula 99500744

Data 25/11/19 Assinatura [assinatura]



CC1 - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS

Ag: 423941 - AGF BAIRRO D. ARRUDA

RECIFE - PE

CNPJ...: 03284947000160 Ins Est.: 051011905

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU

CNPJ/CPF.....: 092486808000104

Doc. Post.....: 62267655

Contrato...: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709

Cartao...: 62267655

Movimento...: 25/11/2019 Hora.....: 12:50:36

Caixa.....: 94376716 Matrícula...: 9750*****

Lancamento...: 012 Atendimento: 00008

Modalidade...: A Faturar ID Tiquete...: 1739673236

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	24,78*

Valor do Porte(R\$)...: 24,78

Peso real (G).....: 95

Peso Tarifado.....: 0,095

CNPJ/CPF Remet...: 62453262491

Nome Remetente...: maria valeria dos santos s

Cont. Nome.....: ilva

Endereco Remet...: RUA Rua Jandaia (VI N S da

Cont Endereco...: Conceição), 40 (VI N S da

Cep Remetente...: 52170-130

Cidade Remet...: RECIFE

UF Remet.....: PE

POSTAL RESPOSTA DPV	1	30,43*
---------------------	---	--------

Valor do Porte(R\$)...: 30,43

Cep Destino...: 28011-904 (RJ)

Peso real (G).....: 95

Peso Tarifado.....: 0,095

OBJETO=====> 000930654910R

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 55,21

Valor Declarado não solicitado(R\$)

No caso de objeto com valor,

utilize o serviço adicional de valor declarado

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as alterações fiscais vigentes.

Nome: _____ RG: _____

Ass. Responsável: _____

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LFI 8538/78

Ganhe tempo!

Baixe o APP de Pré-Atendimento dos Correios

Tenha sempre em mãos o número do ID Tiquete

deste comprovante, para eventual contato com

os Correios.

VT&CENCTA

SARA 7,9.02



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431144/19

Número do Sinistro: 3190674885

Vítima: MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

CPF: 624.532.624-91

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 01/12/2018

CPF de: Próprio

Títular do CPF: MARIA VALERIA DOS
SANTOS SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA : 624.532.624-91

Autorização de pagamento

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

Data da apresentação: 09/03/2020
Nome: MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA
CPF: 624.532.624-91

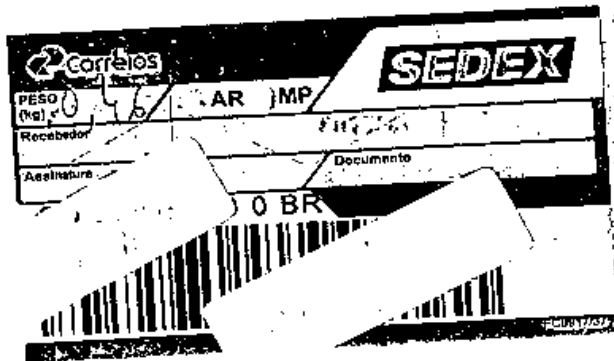
MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/03/2020
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort





IO
ER - DPVAT

NE / Phone Number	
DPVAT 0800 0221204	
te	PAÍS / Country BRASIL

ATENDIMENTO





POSTAGEM
SEGURADO

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvatoficial



Youtube.com/dpvatoficial



Twitter.com/dpvatoficial

End: www.viverseguronotransito.com.br

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
maria valeria dos santos silva		81.985019439	
ENDEREÇO / Address		(04) 9 8501 9739	
Rua Sadaion Nº 40 - Panambi			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
52140130	Leão	RS	



RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE



DEV
☐ INU
☐ REC
☐ DE
☐ NA
☐ ALI
TEN
☐ In
☐ Im
☐ Ru
☐ Re
Data



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431144/19

Número do Sinistro: 3190674885

Vítima: MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

CPF: 624.532.624-91

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 01/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA : 624.532.624-91

Autorização de pagamento

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: 20/01/2020
Nome: MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA
CPF: 624.532.624-91

MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/01/2020
Nome: EDSON DA SILVA MARTINS
CPF: 132.129.557-08

EDSON DA SILVA MARTINS

