



10/12/2020

Número: **0070676-38.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 19ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **30/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 2.531,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARCOS JOSE DA SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72337 078	10/12/2020 15:45	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190597984

Vítima: MARCOS JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 22/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCOS JOSE DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15009732

Pag. 01149/01150 - 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, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190597984 Vítima: MARCOS JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 22/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARCOS JOSE DA SILVA

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

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 22/05/2019, emitido pelo Dr. JOSIVAL OLIVEIRA CRM nº 201888 - PE, da Instituição HOSPITAL MUNICIPAL JOSE VERISSIMO DE SOUZA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00045/00046 - carta_31 - INVALIDEZ

00050023



Carta nº 15040591





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

054.925.094-89

Nome completo da vítima:

Marcos José da Silva

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

Nome completo:

Marcos José da Silva

Profissão:

Recepcionista

Endereço:

Rua José Candido de Menezes

Bairro:

Novo Horizonte

Cidade:

Cupira

Estado:

PE

CPF:

054.925.094-89

Número:

15

Complemento:

E-mail:

CEP:

55460-000

Tel. (DDD):

(81) 9.9258-3089

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

052

CONTA:

35 104

AGÊNCIA:

CONTA:

(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.

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

Impressão

digital da

vítima ou

beneficiário

não alfabetizado

Local e Data, Cupira 20/08/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

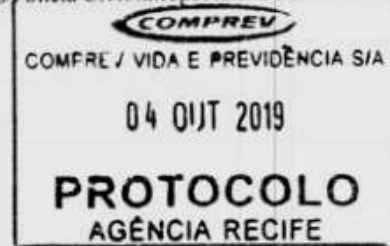
Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 094ª CIRCUNSCRIÇÃO - CUIRA - DP94ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0184000581**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/06/2019** às **15:02**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **22/5/2019** às **16:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CUIRA, 01, ESTRADA DE GRAVATACHU, Bairro CENTRO - CUIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MARCOS JOSE DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
JUCELIA MARINES DA SILVA MELO (OUTRO)
MARCOS JOSE DA SILVA. (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

MARCOS JOSE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA MARINES MELO DA SILVA
Pai: **JOSE TEIXEIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **4/12/1984** Naturalidade: **JAÚ / SAO PAULO / BRASIL** Documentos: **7062765/SDS/PE (RG) 05492509489 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 8191929649**

Endereço Residencial: **RUA JOSE CANDIDO DE MENEZES, 15 - CEP: 0 - Bairro: NOVO HORIZONTE - CUIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

JUCELIA MARINES DA SILVA MELO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA MARINES MELO DA SILVA Data de Nascimento: **18/5/1987** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MARCOS JOSE DA SILVA. - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

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

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JUCELIA MARINES DA SILVA MELO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCOS JOSE DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

27/06/2019 14:53



Placa: **PDD9520** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2JC4830JR037061**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **ALCO/GASOL**

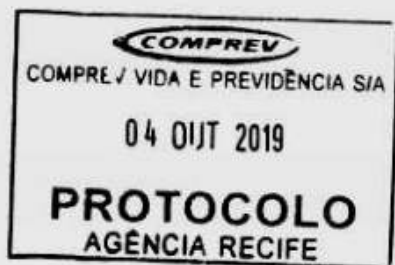
Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DP A VITIMA INFORMANDO QUE PILOTAVA UMA MOTOCICLETA HONDA BIZ BRANCA DE PLACA PDD9520 NA ZONA RURAL DA CIDADE DE CUPIRA QUANDO EM UM BURACO PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU SENDO SOCORRIDO POR POPUARES ATE O HOSPITAL DA CIDADE CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO N 139101 DO HOSPITAL DE CUPIRA APRESENTADA NA CONFEÇÃO DESTE BOLETIM QUE DA CONTA DE UMA QUEDA DE MOTO COM FRATURA NO BRAÇO ESQUERDO DA VITIMA.

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

Marcos José da Silva
MARCOS JOSE DA SILVA
(AUTOR \ AGENTE)

B.O. registrado por: **Gilliard Geraldino de Souza** - Matrícula: **3866386**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

054.925.094-89

Nome completo da vítima:

Marcos José da Silva

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

Nome completo:

Marcos José da Silva

Profissão:

Recepcionista

Endereço:

Rua José Candido de Menezes

CPF:

054.925.094-89

Bairro:

Novo Horizonte

Cidade:

Cupira

Número:

15

Complemento:

E-mail:

Estado:

PE

CEP:

55460-000

Tel. (DDD):

(81) 9.9258-3087

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

052

CONTA:

35 104

AGÊNCIA:

CONTA:

(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.

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

Impressão

digital da

vítima ou

beneficiário

não alfabetizado

Local e Data, Cupira 20/08/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

2ª Nome: _____

3ª Nome: _____

4ª Nome: _____

5ª Nome: _____

6ª Nome: _____

7ª Nome: _____

8ª Nome: _____

9ª Nome: _____

10ª Nome: _____

11ª Nome: _____

12ª Nome: _____

13ª Nome: _____

14ª Nome: _____

15ª Nome: _____

16ª Nome: _____

17ª Nome: _____

18ª Nome: _____

19ª Nome: _____

20ª Nome: _____

21ª Nome: _____

22ª Nome: _____

23ª Nome: _____

24ª Nome: _____

25ª Nome: _____

26ª Nome: _____

27ª Nome: _____

28ª Nome: _____

29ª Nome: _____

30ª Nome: _____

31ª Nome: _____

32ª Nome: _____

33ª Nome: _____

34ª Nome: _____

35ª Nome: _____

36ª Nome: _____

37ª Nome: _____

38ª Nome: _____

39ª Nome: _____

40ª Nome: _____

41ª Nome: _____

42ª Nome: _____

43ª Nome: _____

44ª Nome: _____

45ª Nome: _____

46ª Nome: _____

47ª Nome: _____

48ª Nome: _____

49ª Nome: _____

50ª Nome: _____

51ª Nome: _____

52ª Nome: _____

53ª Nome: _____

54ª Nome: _____

55ª Nome: _____

56ª Nome: _____

57ª Nome: _____

58ª Nome: _____

59ª Nome: _____

60ª Nome: _____

61ª Nome: _____

62ª Nome: _____

63ª Nome: _____

64ª Nome: _____

65ª Nome: _____

66ª Nome: _____

67ª Nome: _____

68ª Nome: _____

69ª Nome: _____

70ª Nome: _____

71ª Nome: _____

72ª Nome: _____

73ª Nome: _____

74ª Nome: _____

75ª Nome: _____

76ª Nome: _____

77ª Nome: _____

78ª Nome: _____

79ª Nome: _____

80ª Nome: _____

81ª Nome: _____

82ª Nome: _____

83ª Nome: _____

84ª Nome: _____

85ª Nome: _____

86ª Nome: _____

87ª Nome: _____

88ª Nome: _____

89ª Nome: _____

90ª Nome: _____

91ª Nome: _____

92ª Nome: _____

93ª Nome: _____

94ª Nome: _____

95ª Nome: _____

96ª Nome: _____

97ª Nome: _____

98ª Nome: _____

99ª Nome: _____

100ª Nome: _____

101ª Nome: _____

102ª Nome: _____

103ª Nome: _____

104ª Nome: _____

105ª Nome: _____

106ª Nome: _____

107ª Nome: _____

108ª Nome: _____

109ª Nome: _____

110ª Nome: _____

111ª Nome: _____

112ª Nome: _____

113ª Nome: _____

114ª Nome: _____

115ª Nome: _____

116ª Nome: _____

117ª Nome: _____

118ª Nome: _____

119ª Nome: _____

120ª Nome: _____

121ª Nome: _____

122ª Nome: _____

123ª Nome: _____

124ª Nome: _____

125ª Nome: _____

126ª Nome: _____

127ª Nome: _____

128ª Nome: _____

129ª Nome: _____

130ª Nome: _____

131ª Nome: _____

132ª Nome: _____

133ª Nome: _____

134ª Nome: _____

135ª Nome: _____

136ª Nome: _____

137ª Nome: _____

138ª Nome: _____

139ª Nome: _____

140ª Nome: _____

141ª Nome: _____

142ª Nome: _____

143ª Nome: _____

144ª Nome: _____

145ª Nome: _____

146ª Nome: _____

147ª Nome: _____

148ª Nome: _____

149ª Nome: _____

150ª Nome: _____

151ª Nome: _____

152ª Nome: _____

153ª Nome: _____

154ª Nome: _____

155ª Nome: _____

156ª Nome: _____

157ª Nome: _____

158ª Nome: _____

159ª Nome: _____

160ª Nome: _____

161ª Nome: _____

162ª Nome: _____

163ª Nome: _____

164ª Nome: _____

165ª Nome: _____

166ª Nome: _____

167ª Nome: _____

168ª Nome: _____

169ª Nome: _____

170ª Nome: _____

171ª Nome: _____

172ª Nome: _____

173ª Nome: _____

174ª Nome: _____

175ª Nome: _____

176ª Nome: _____

177ª Nome: _____

178ª Nome: _____

179ª Nome: _____

180ª Nome: _____

181ª Nome: _____

182ª Nome: _____

183ª Nome: _____

184ª Nome: _____

185ª Nome: _____

186ª Nome: _____

187ª Nome: _____

188ª Nome: _____

189ª Nome: _____

190ª Nome: _____

191ª Nome: _____

192ª Nome: _____

193ª Nome: _____

194ª Nome: _____

195ª Nome: _____

196ª Nome: _____

197ª Nome: _____

198ª Nome: _____

199ª Nome: _____

200ª Nome: _____

201ª Nome: _____

202ª Nome: _____

203ª Nome: _____

204ª Nome: _____

205ª Nome: _____

206ª Nome: _____

207ª Nome: _____

208ª Nome: _____

209ª Nome: _____

210ª Nome: _____

211ª Nome: _____

212ª Nome: _____

213ª Nome: _____

214ª Nome: _____

215ª Nome: _____

216ª Nome: _____

217ª Nome: _____

218ª Nome: _____

219ª Nome: _____

220ª Nome: _____

221ª Nome: _____

222ª Nome: _____

223ª Nome: _____

224ª Nome: _____

225ª Nome: _____

226ª Nome: _____

227ª Nome: _____

228ª Nome: _____

229ª Nome: _____

230ª Nome: _____

231ª Nome: _____

232ª Nome: _____

233ª Nome: _____

234ª Nome: _____

235ª Nome: _____

236ª Nome: _____

237ª Nome: _____

238ª Nome: _____

239ª Nome: _____

240ª Nome: _____

241ª Nome: _____

242ª Nome: _____

243ª Nome: _____

244ª Nome: _____

245ª Nome: _____

246ª Nome: _____

247ª Nome: _____

248ª Nome: _____

249ª Nome: _____

250ª Nome: _____

251ª Nome: _____

252ª Nome: _____

253ª Nome: _____

254ª Nome: _____

255ª Nome: _____

256ª Nome: _____

257ª Nome: _____

258ª Nome: _____

259ª Nome: _____

260ª Nome: _____

261ª Nome: _____

262ª Nome: _____

263ª Nome: _____

264ª Nome: _____

265ª Nome: _____

266ª Nome: _____

267ª Nome: _____

268ª Nome: _____

269ª Nome: _____

270ª Nome: _____

271ª Nome: _____

272ª Nome: _____

273ª Nome: _____

274ª Nome: _____

275ª Nome: _____

276ª Nome: _____

277ª Nome: _____

278ª Nome: _____

279ª Nome: _____

280ª Nome: _____

281ª Nome: _____

282ª Nome: _____

283ª Nome: _____

284ª Nome: _____

285ª Nome: _____

286ª Nome: _____

287ª Nome: _____

288ª Nome: _____

289ª Nome: _____

290ª Nome: _____

291ª Nome: _____

292ª Nome: _____

293ª Nome: _____

294ª Nome: _____

295ª Nome: _____

296ª Nome: _____

297ª Nome: _____

298ª Nome: _____

299ª Nome: _____

300ª Nome: _____

301ª Nome: _____

302ª Nome: _____

303ª Nome: _____

304ª Nome: _____

305ª Nome: _____

306ª Nome: _____

307ª Nome: _____

308ª Nome: _____

309ª Nome: _____

310ª Nome: _____

311ª Nome: _____

312ª Nome: _____

313ª Nome: _____

314ª Nome: _____

315ª Nome: _____

316ª Nome: _____

317ª Nome: _____

318ª Nome: _____

319ª Nome: _____

320ª Nome: _____

321ª Nome: _____

322ª Nome: _____

323ª Nome: _____

324ª Nome: _____

325ª Nome: _____

326ª Nome: _____

327ª Nome: _____

328ª Nome: _____

329ª Nome: _____

330ª Nome: _____

331ª Nome: _____

332ª Nome: _____

333ª Nome: _____

334ª Nome: _____

335ª Nome: _____

336ª Nome: _____

337ª Nome: _____

338ª Nome: _____

339ª Nome: _____

340ª Nome: _____

341ª Nome: _____

342ª Nome: _____

343ª Nome: _____

344ª Nome: _____

345ª Nome: _____

346ª Nome: _____

347ª Nome: _____

348ª Nome: _____

349ª Nome: _____

350ª Nome: _____

351ª Nome: _____

352ª Nome: _____

353ª Nome: _____

354ª Nome: _____

355ª Nome: _____

356ª Nome: _____

357ª Nome: _____

358ª Nome: _____

359ª Nome: _____

360ª Nome: _____

361ª Nome: _____

362ª Nome: _____

363ª Nome: _____

364ª Nome: _____

365ª Nome: _____

366ª Nome: _____

367ª Nome: _____

368ª Nome: _____

369ª Nome: _____

370ª Nome: _____

371ª Nome: _____

372ª Nome: _____

373ª Nome: _____

374ª Nome: _____

375ª Nome: _____

376ª Nome: _____

377ª Nome: _____

378ª Nome: _____

379ª Nome: _____

380ª Nome: _____

381ª Nome: _____

382ª Nome: _____

383ª Nome: _____

384ª Nome: _____

385ª Nome: _____

386ª Nome: _____

387ª Nome: _____

388ª Nome: _____

389ª Nome: _____

390ª Nome: _____

391ª Nome: _____

392ª Nome: _____

393ª Nome: _____

394ª Nome: _____

395ª Nome: _____

396ª Nome: _____

397ª Nome: _____

398ª Nome: _____

399ª Nome: _____

400ª Nome: _____

401ª Nome: _____

402ª Nome: _____

403ª Nome: _____

404ª Nome: _____

405ª Nome: _____

406ª Nome: _____

407ª Nome: _____

408ª Nome: _____

409ª Nome: _____

410ª Nome: _____

411ª Nome: _____

412ª Nome: _____

413ª Nome: _____

414ª Nome: _____

415ª Nome: _____

416ª Nome: _____

417ª Nome: _____

418ª Nome: _____

419ª Nome: _____

420ª Nome: _____

421ª Nome: _____

422ª Nome: _____

423ª Nome: _____

424ª Nome: _____

425ª Nome: _____

426ª Nome: _____

427ª Nome: _____

428ª Nome: _____

429ª Nome: _____

430ª Nome: _____

431ª Nome: _____

432ª Nome: _____

433ª Nome: _____

434ª Nome: _____

435ª Nome: _____

436ª Nome: _____

437ª Nome: _____

438ª Nome: _____

439ª Nome: _____

440ª Nome: _____

441ª Nome: _____

442ª Nome: _____

443ª Nome: _____

444ª Nome: _____

445ª Nome: _____

446ª Nome: _____

447ª Nome: _____

448ª Nome: _____

449ª Nome: _____

450ª Nome: _____

451ª Nome: _____

452ª Nome: _____

453ª Nome: _____

454ª Nome: _____

455ª Nome: _____

456ª Nome: _____

457ª Nome: _____

458ª Nome: _____

459ª Nome: _____

460ª Nome: _____

461ª Nome: _____

462ª Nome: _____

463ª Nome: _____

464ª Nome: _____

465ª Nome: _____

466ª Nome: _____

467ª Nome: _____

468ª Nome: _____

469ª Nome: _____

470ª Nome: _____

471ª Nome: _____

472ª Nome: _____

473ª Nome: _____

474ª Nome: _____

475ª Nome: _____

476ª Nome: _____

477ª Nome: _____

478ª Nome: _____

479ª Nome: _____

480ª Nome: _____

481ª Nome: _____

482ª Nome: _____

483ª Nome: _____

484ª Nome: _____

485ª Nome: _____

486ª Nome: _____

487ª Nome: _____

488ª Nome: _____

489ª Nome: _____

490ª Nome: _____

491ª Nome: _____

492ª Nome: _____

493ª Nome: _____

494ª Nome: _____

495ª Nome: _____

496ª Nome: _____

497ª Nome: _____

498ª Nome: _____

499ª Nome: _____

500ª Nome: _____

501ª Nome: _____

502ª Nome: _____

503ª Nome: _____

504ª Nome: _____

505ª Nome: _____

506ª Nome: _____

507ª Nome: _____

508ª Nome: _____

509ª Nome: _____

510ª Nome: _____

511ª Nome: _____

512ª Nome: _____

513ª Nome: _____

514ª Nome: _____

515ª Nome: _____

516ª Nome: _____

517ª Nome: _____

518ª Nome: _____

519ª Nome: _____

520ª Nome: _____

521ª Nome: _____

522ª Nome: _____

523ª Nome: _____

524ª Nome: _____

525ª Nome: _____

526ª Nome: _____

527ª Nome: _____

528ª Nome: _____

529ª Nome: _____

530ª Nome: _____

531ª Nome: _____

532ª Nome: _____

533ª Nome: _____

534ª Nome: _____

535ª Nome: _____

536ª Nome: _____

537ª Nome: _____

538ª Nome: _____

539ª Nome: _____

540ª Nome: _____

541ª Nome: _____

542ª Nome: _____

543ª Nome: _____

544ª Nome: _____

545ª Nome: _____

546ª Nome: _____

547ª Nome: _____

548ª Nome: _____

549ª Nome: _____

550ª Nome: _____

551ª Nome: _____

552ª Nome: _____

553ª Nome: _____

554ª Nome: _____

555ª Nome: _____

556ª Nome: _____

557ª Nome: _____

558ª Nome: _____

559ª Nome: _____

560ª Nome: _____

561ª Nome: _____

562ª Nome: _____

563ª Nome: _____

564ª Nome: _____

565ª Nome: _____

566ª Nome: _____

567ª Nome: _____

568ª Nome: _____

569ª Nome: _____

570ª Nome: _____

571ª Nome: _____

572ª Nome: _____

573ª Nome: _____

574ª Nome: _____

575ª Nome: _____

576ª Nome: _____

577ª Nome: _____

578ª Nome: _____

579ª Nome: _____

580ª Nome: _____

581ª Nome: _____

582ª Nome: _____

583ª Nome: _____

584ª Nome: _____

585ª Nome: _____

586ª Nome: _____

587ª Nome: _____

588ª Nome: _____

589ª Nome: _____

590ª Nome: _____

591ª Nome: _____

592ª Nome: _____

593ª Nome: _____

594ª Nome: _____

595ª Nome: _____

596ª Nome: _____

597ª Nome: _____

598ª Nome: _____

599ª Nome: _____

600ª Nome: _____

601ª Nome: _____

602ª Nome: _____

603ª Nome: _____

604ª Nome: _____

605ª Nome: _____

606ª Nome: _____

607ª Nome: _____</



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
 CNPJ 10.931.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-02 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 MARIA CRISTIANE ALVES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA JOSE CANDIDO DE MENEZES 15

CPF: 062.078.504-98 NIS: 18397848389

NOVO HORIZONTE OLÍMPIA
 OLÍMPIA PE
 55400-000

CLASSIFICAÇÃO
 BT RESIDENCIAL
 BAIXA RENDA COM NIS

CODIGO CONTRATO 7028415425
MÊS/ANO 04/2019
DATA DE VENCIMENTO 18/04/2019
DATA RECEBIMENTO 13/05/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 24,81

SP DO ABOXIMENS	USAR	EMISSÃO
057839511	UNICA	11/04/2019
SP DO CLIENTE	SP DO CLIENTE	SP DO CLIENTE
11/04/2019	201800073	1010242

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abaixo de 30 kWh	30,00000000	0,18071868	5,72
Consumo Abaixo superior a 30 até 100 kWh	44,00000000	0,32664268	14,38
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,91
Multa por atraso NF 050312384 - 12/02/19			0,31
Juros por atraso NF 050312384 - 12/02/19			0,22
Atualização ICPIA-NF 050312384 - 12/02/19			0,27

TOTAL DA FATURA 24,81

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

SP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ATUAL DATA	SP DO MEDIDOR	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
08384	CT	15/03/2019	11/04/2019	18.389.00	27	1,0000	74,00

SISTEMA DE MEDIÇÃO		CLASSIFICAÇÃO DE IMPOSTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Medição em kWh		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	
APR 19 74					
MAY 19 81		ICMS			
JUN 19 88		PIS	20,10	1,36	0,27
DEZ 19 76		COPONS	20,10	8,21	1,24
NOV 19 88					
OUT 19 88					
SET 19 88					
AGO 19 87					
JUL 19					
JUN 19					
MAY 19					
APR 19					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

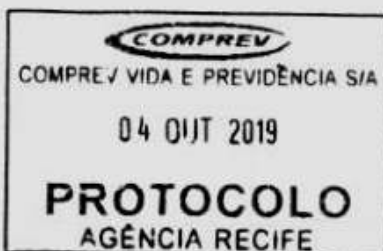
As informações e dados aqui apresentados são de responsabilidade do cliente e não devem ser utilizados para fins de cobrança ou para qualquer outro fim. A CELPE não se responsabiliza por erros de digitação ou por qualquer outro tipo de erro. A CELPE não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso das informações aqui apresentadas. A CELPE não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso das informações aqui apresentadas. A CELPE não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso das informações aqui apresentadas.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ATRASO

DATA DE VENCIMENTO 11/04/2019
VALOR 12,83

Este documento NÃO substitui o boleto e nem o boleto de cobrança. O boleto de cobrança é o documento que deve ser utilizado para a cobrança de débitos. O boleto de cobrança é o documento que deve ser utilizado para a cobrança de débitos. O boleto de cobrança é o documento que deve ser utilizado para a cobrança de débitos.

TENSÃO E PRESSIONES DAS INTERMEDIATÓRIAS				TENSÃO DE TENSÃO			
CONDICIONADO	VALOR	LIMITE	LIMITE	TENSÃO	LIMITE	LIMITE	LIMITE
CONDICIONADO	VALOR	LIMITE	LIMITE	TENSÃO	LIMITE	LIMITE	LIMITE
CONDICIONADO	VALOR	LIMITE	LIMITE	TENSÃO	LIMITE	LIMITE	LIMITE



Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Jucelia marines da Silva,
RG: 4337857, data de expedição 06/05/2019
Órgão SSS/PE, portador do CPF 062 759 454 94, com
domicílio na cidade de Cupira, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada)
Elisminio guedes, nº 122,
complemento casa, declaro, sob as penas da lei, que o veículo
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima marcos jose da Silva,
cujo o conduto era Marcos Jose da Silva.
Veículo: moto

Modelo: Biz 125

Ano: 2018

Placa: PDD 9520

Chassi: 9E2JC4830JRO37061

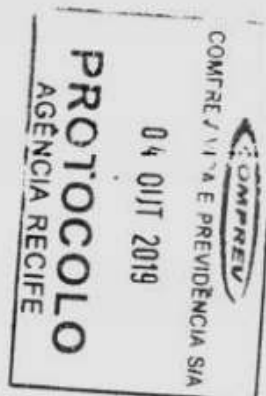
Data do Acidente: 22.05.2019

Local e data do cartório: Cupira, 12/07/2019


Jucelia marines da Silva
Assinatura do Declarante

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante de sinistro)

Obs: Reconhecer firma por autenticidade I



Cartório Paulo Arruda - Serviço Notarial e Registral
Rua Pe. Felix Barreto, 30 - Centro - Cupira/PE Fone: (81) 3735-1403
Paulo Romero de Arruda Tabelião cartorio@cupira@yahoo.com.br
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de JUCÉLIA
MARINES DA SILVA, Cupira/PE, 12/07/2019 15:48:53.
Emolumentos: R\$ 3,99 TSNR: R\$ 0,80 Total: 4,91.
RC-10-21717

Joedna Sobral Luna - Escrevente
Selo Digital: 0073916.BB006201901.04614
Consulte autenticidade em: www.tpe.tst.br/selodigital



FICHA DE ATENDIMENTO

FICHA DE ATENDIMENTO: 139101 IDADE: 34 ano(s) 5mês(es) 18 dia(s).

NOME: MARCOS JOSE DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 04/12/1984

SEXO: M

MÃE: MARIA MARINES MELO DA SILVA

CIDADE: CUPIRA

ENDEREÇO: RUA DESEMBARGADOR FELISMINO GUEDES Nº 118

BAIRRO: CENTRO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO (A)

DOCUMENTO: SUS 700408568113150

PROFISSÃO: AGRICULTOR

TÉCNICO:

ENFERMEIRO:

MÉDICO:

ÚLTIMOS ATENDIMENTOS

DATA:	ATENDIMENTO Nº	MOTIVO
22/05/2019	139101	ACIDENTE DE MOTO
11/04/2016	21203	CONSULTA

INFORMAÇÕES

HORÁRIO PA TEMPERATURA PULSO PESO HGT ASSINATURA

140x90

Queixas / Diagnóstico:

Queda de moto com
contusões no braço e.

Tratamento:

5% a.i. - 100 ml
trauma dol - Anp
Dipirona
Anp 1000 mg

Exames Complementares:

Impressão diagnóstica:

Contusões cotovelo
esquerdo.

Outras informações:

Motivo da Saída: ☒ Residência ☐ Internado ☐ Encaminhado:

☐ Curativo ☐ Nebulização ☐ Med. Básico ☐ Med. Espec. ☐ Retirada de Ponto

☒ Urgência Básica ☐ Urgência Especializada ☐ Observação Básica ☐ Observação Especializada

Assinatura do Técnico:

Tatiana de Lima Lima
Téc. Enfermagem
CRENEPE 001.163.225

Assinatura do Médico:

Dr. Antonio de Almeida
MÉDICO
CRENEPE 20.188

22/05/2019 17:02:23



SISIB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
28/06/2019 - Autocredenciamento - 12:17:25
105274536 0672

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM POUPANCA - DINHEIRO

FAVORECIDO:	MARCOS JOSE DA SILVA
AGENCIA:	1052-9
CONTA:	15.104-1
VARIACAO:	51
VALOR +	10,00
NR. ENVELOPE:	2.727.262.904

* Aceito em 28/06/2019 na Agência 1052-9.

DECLARO-ME CIENTE E DE ACORDO QUE OS
CREDITOS EM POUPANCA REALIZADOS A PARTIR
DE 04/05/2012 ESTAO DISCIPLINADOS
PELA MEDIDA PROVISORIA 567/2012.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME: MARCOS JOSE DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / CIL. EMISSOR / UF: 7062765 RDE PE

CPF: 054.925.094-89 DATA NASCIMENTO: 04/12/1984

FILIAÇÃO: JOSE TEIXEIRA DA SILVA
MARIA MARINES MELO DA SILVA

PERMISSÃO: ☒ AUTOMÁTICA ☐ MANUAIS ☐ CAC HAB: S/N

Nº REGISTRO: 03951458970 VALIDEZ: 09/10/2023 Pº HABILITAÇÃO: 13/10/2006

OBSERVAÇÕES:

Marcos Jose da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: CARUARU, PE DATA EMISSÃO: 09/10/2017

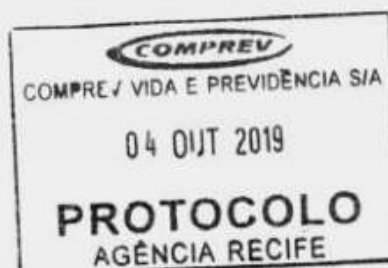
Charles Anderson Sousa Oliveira
Diretor, Presidente

42557146963
98081519630

PERNAMBUCO

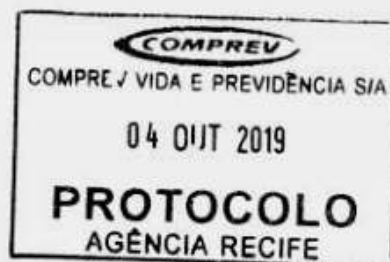
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1485564310

PROIBIDO PLASTIFICAR 1485564310





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PE		Nº 014803819226	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VEICULO	COD. RENAVAM	R.N.T.C.	EXERCÍCIO
1	1167222820	*****	2019
NOME			
JUCÉLIA MARINES DA SILVA MELO			
CUIRÁ-PE			
CPF / CNPJ		PLACA	
062.759.454-94		PDD9520	
PLACA ANT. / UF		CHASSI	
*****		9C2JC48J9JR037061	
ESPÉCIE / TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS / MOTONETA		ALCO/CASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/BIZ 125		2018	2019
CAP. POT. / CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/124CL	PARTIC	BRANCA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
IPVA 2019 QUITADO		1ª *****	
FAIXA IPVA		2ª *****	
1		3ª *****	
PREMIO TARIFARIO (R\$)		IOF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)
80.11		0.32	84.58
DATA DE PAGAMENTO		15/03/19	
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
CUIRÁ		DATA	
16/03/19		16/03/19	
ROBERTO CARLOS MOREIRA FORTES			
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE			



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
VALOR GERAL	DATA DE EMISSÃO
7.337.857	04/06/2009
<< JUCÉLIA MARINES DA SILVA MELO >>	
<< JOSÉ TEXEIRA DA SILVA >>	
<< MARIA MARINES MELO DA SILVA >>	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
JAU - SP	18/05/1987
NÚMERO << CC1592 L.805 F.100 CART. CUIRÁ-PE 19.02.2008 >>	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 116 DE 29/08/83	
F-34 65.428 - 4391	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190597984 **Cidade:** Cupira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 22/05/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO COTOVELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0346180/19

Vítima: MARCOS JOSE DA SILVA

Data do acidente: 22/05/2019

CPF: 054.925.094-89

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCOS JOSE DA SILVA

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARCOS JOSE DA SILVA : 054.925.094-89

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: 04/10/2019
Nome: MARCOS JOSE DA SILVA
CPF: 054.925.094-89

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

MARCOS JOSE DA SILVA

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

