

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 Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200149797

Vítima: RAI WELLINGTON DA SILVA

Data do Acidente: 07/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAI WELLINGTON 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



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 Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200149797 **Vítima: RAI WELLINGTON DA SILVA**

Data do Acidente: 07/01/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAI WELLINGTON 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: RAI WELLINGTON DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000001311-0

Conta: 000001016869-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 118.180.364-01 4 - Nome completo da vítima:
RAI WELLINGTON DA SILVA

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

5 - Nome completo: RAI WELLINGTON DA SILVA	6 - CPF: 118.180.364-01		
7 - Profissão: SERVENTE	8 - Endereço: SITIO LEITÃO	9 - Número: S/N	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL	12 - Cidade: CARNAÍBA	13 - Estado: PE	14 - CEP: 55000-000
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): 87-998092784	

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

AGÊNCIA: 1311 CONTA: 1016869 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)
---	--

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo 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 (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, caso necessário, às custas da Seguradora Lider 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nasceu (viver)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	--	--	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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)

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **14/04/2020 CARNAÍBA-PE**

Rai Wellington da Silva

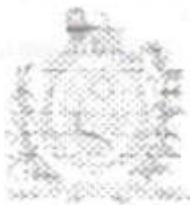
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 167ª CIRCUNSCRIÇÃO - AFOGADOS DA INGAZERA - DP167ºCIRC-DINTER2/20ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 20E0257000191

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/01/2020 às 15:34

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 7/4/2020 às 07:20

Fato ocorrido no endereço: RODOVIA BR 232, 1 - Bairro: CENTRO - ARCOVERDE/PERNAMBUCO/BRASIL -
Ponto de Referência: PB 320 - DA SAÍDA PARA PESQUEIRA
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

XOO (AUTOR / AGENTE)
JOSEFA PEREIRA DA SILVA (OUTRO)
RAI WELLINGTON DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse de(a): Sr(a): RAI WELLINGTON DA SILVA

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

RAI WELLINGTON DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nasc: JOSEFA PEREIRA DA SILVA Pai: JOSE MILTON DA SILVA Data de Nascimento: 16/11/1997 Naturalidade: AFOGADOS DA INGAZERA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9592528/SDS/PE (RG): 11818036401 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escaladade: 2º, GRAU COMPLETO Profissão: SERVENTE Telefones Celulares: - 87399092764

Residencial: SÍTIO LEITÃO - CARNAIBA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE CARNAIBA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARNAIBA/PERNAMBUCO/BRASIL

XXX - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

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

JOSEFA PEREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Nasc: OLIVIA REGINA DA SILVA Pai: MANOEL PEREIRA DA SILVA Data de Nascimento: 02/01/1975 Naturalidade: CARNAIBA / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: CASADO(A) Escaladade: 1º, GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CARNAIBA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARNAIBA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): RAI WELLINGTON DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): RAI WELLINGTON DA SILVA

-Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA HONDA/NXR 150 Bros ESDD Objeto apreendido: Não

Cor: FRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Neca: PCS2313 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: 2016/2016

Complemento / Observação

A VÍTIMA COMPARCEU NESTA DELEGAÇÃO DE POLÍCIA AFIRmando QUE NA DATA E HORÁRIO SUPRACITADOS TRAFEGAVA NA PE 320 ENTRE ARCOVERDE E PESQUEIRA EM SUA MOTOCICLETA ACIMA DESCrita, E CONSIDEROU LEVAVA NO ASSENTO TRASEIRO SUA GENTORA, QUANDO NAS IMEDIATAS DO ÚLTIMO POSTO, QUANDO EM UMA ULTRAPASSAGEM PERDEU O CONTROLE DA MOTO NA TENTATIVA DE NÃO COLIDIR EM OUTRA MOTOCICLETA; DO ACIDENTE ELE RAI WELLINGTON DA SILVA SOFREU UMA FRATURA NO BRAÇO ESQUERDO; JÁ A SUA MÃE SOFREU ALGUMAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO. A MOTO EM QUESTÃO ESTÁ LICENCIADA EM NOME DO PRÓPRIO.

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

RAI WELLINGTON DA SILVA
(VITIMAS)

Rai Wellington da Silva

B.O. registrado por: JOSÉ HUMBERTO SIQUEIRA - Matrícula: 380996-0



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 118.180.364-01 4 - Nome completo da vítima:
RAI WELLINGTON DA SILVA

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

5 - Nome completo: RAI WELLINGTON DA SILVA	6 - CPF: 118.180.364-01		
7 - Profissão: SERVENTE	8 - Endereço: SITIO LEITÃO	9 - Número: S/N	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL	12 - Cidade: CARNAÍBA	13 - Estado: PE	14 - CEP: 55000-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 87-998092784		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo 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 (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, caso necessário, às custas da Seguradora Lider 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou Sim <input type="checkbox"/> Nascrito (nascer)? <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou Sim <input type="checkbox"/> pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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)

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 14/04/2020 CARNAÍBA-PE

Rai Wellington da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAI WELLINGTON DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01311-0

CONTA: 000001016869-4

Nr. Autenticação

BRADESCO280420200500000000023701311000001016869168750 PAGO



NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50000-802
CNPJ 10.835.822/0001-99 | Insc. Est. 0005843-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSEFA PEREIRA DA SILVA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI LEITAO 577

CPF: 860 152 114-66 NIS: 20907949267

CARNAIBA - RURAL/CARNAIBA R./P.
CARNAIBA PE
56820-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

DATA DE INSCRIÇÃO	MESMO
1876929011	03/2020
DIA DE INSCRIÇÃO	INSCRIÇÃO AUTOMÁTICA
19/03/2020	14/04/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	44,50

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD ate 30 kWh	30.000000	0,10136130	3,04
Consumo-TUSD superior a 30 ate 100 kWh	70.000000	0,17378254	12,18
Consumo-TUSD superior a 100 ate 220 kWh	29.000000	0,20684251	7,55
Consumo-TE ate 30 kWh	30.000000	0,09327014	2,79
Consumo-TE superior a 30 ate 100 kWh	70.000000	0,15889188	11,18
Consumo-TE superior a 100 ate 220 kWh	29.000000	0,239883752	8,95
Multa por atraso-NF 089499816 - 11/02/20			0,72
Juros por atraso-NF 089499816 - 11/02/20			0,08
Ajustação IGPM-NF 089499816 - 11/02/20			0,02

TOTAL DA FATURA

44,50

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONTEANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2190820006	CAT	11-02-2020	074,00	12-03-2020	116,50	-1,00000	1.25,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MES/ANO	LEITURA
MAR/20	129
FEV/20	114
MAR/20	123
DEZ/19	134
NOV/19	120
OUT/19	140
SET/19	104
AGO/19	120
SET/19	108
JUN/19	84
MAR/19	102
ABR/19	107
MAR/19	113

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	43,95	0,04
PIS	4,55	0,45
COFINS	4,75	0,39

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

GERAÇÃO DE ENERGIA	R\$	%
Transmissão	2,27	5,01%
Membrólyde (Celpe)	11,79	31,57%
Perdas de Energia	4,34	9,84%
Encargos Sistêmicos	1,26	2,83%
Tributos	2,54	5,52%
Total	43,88	100%

INFORMAÇÕES IMPORTANTE

Peço que o leitor preste atenção ao seguinte para entender os encargos da sua fatura: O consumo é dividido em 3 faixas: "Consumo-TUSD ate 30 kWh", "Consumo-TUSD superior a 30 ate 100 kWh" e "Consumo-TUSD superior a 100 ate 220 kWh". O consumo-TE é dividido em 2 faixas: "Consumo-TE ate 30 kWh" e "Consumo-TE superior a 30 ate 100 kWh". O consumo-TE superior a 100 ate 220 kWh é dividido em 2 faixas: "Consumo-TE superior a 100 ate 100 kWh" e "Consumo-TE superior a 100 ate 220 kWh".

Consumo-TUSD ate 30 kWh: 0,10136130 R\$ 3,04

Consumo-TUSD superior a 30 ate 100 kWh: 0,17378254 R\$ 12,18

Consumo-TUSD superior a 100 ate 220 kWh: 0,20684251 R\$ 7,55

Consumo-TE ate 30 kWh: 0,09327014 R\$ 2,79

Consumo-TE superior a 30 ate 100 kWh: 0,15889188 R\$ 11,18

Consumo-TE superior a 100 ate 220 kWh: 0,239883752 R\$ 8,95

As informações gerais de consumo estão disponíveis no site da Celpe, na seção "Consumo", no link "Consumo", em "Relatório de Consumo".

POSSIBILIDADES DE PAGAMENTO DA FATURA

APÓS DATA DE VENCIMENTO	VALOR SERVIDO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DNC	0,00	6,00	12,00	24,00
FNC	0,00	3,00	6,00	12,00
DRNC	0,00	1,50	3,00	6,00

Límite DCR: 12,00 ECR: Valor de Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 21,43

MÍNIMO DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)
220	-202 +231

FICHA DE ATENDIMENTO / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Identificação do paciente:	Data e hora do Atendimento:	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada
105685	07/01/2020 07:42		URGÊNCIA GERAL

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: RAI WELLINGTON DA SILVA

Idade: 22 Anos
Sexo: Masculino
Cor: Sem informação
Estado Civil: Solteiro(a)
Profissão: Naturalidade: CARNAIBA
Nacionalidade: Brasileiro
Filiacão Mária: JOSFFA PEREIRA DA SILVA
Parentesco: Ignorado

Endereço: SITIO LEITAO

Cidade: CARNAIBA
UF: PE Telefone:

Acompanhante: A MAE

Acidente de trabalho: Sim Não

Condicionamento:

Atendimento Classificação de Risco:

07/01/2020 Hora do Atendimento: 07:42

Enfermeiro:

Coren:

Sintoma Principal: Queda de moto + dor em cotovelo (E)

10:50 10:40

MIRA-S85H7JJ

Descrição do Trauma:

Sintoma da Consciência: Sim Não

Episódio Emético: Sim Não

Acidente de Trabalho: Sim Não

Sintoma de Trânsito: Sim Não

Tipo:

Sintoma de Choque: Sim Não

Tipo:

Sintoma de Impacto: Sim Não

Local do Impacto:

Motorista

Passageiro

Sintoma de Ferimento: Sim Não

Tipo:

Sofreu Queda: Sim Não

m

Sintoma de Náusea: Sim Não

Por:

Transporte realizado por:

Sintoma de Imobilização adequada: Sim Não

Por que:

Exame Físico:

Air: Via aérea está pervia: Sim Não

O paciente fala: Sim Não

Temp.:

°C

Respiratório: FC: x SPO2

Circulatório: PA: 130 x 80 mm Hg P脉搏:

bpm

Sintoma Neurológico: Deficiência motora: MSD MSE

MID

MIE

Pupilas: Isocôricas Anisocôricas

Abertura Ocular: Glasgow: Resposta Verbal

Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Motoria

Abdômen:

Escore: Hora:

Atendimento Médico:

Data: 07:42

Hora: 07/01/2020

Paciente vítima de acidente de moto sem ósseo, com lesão em estômico (E).
Negativo TCE, perda da consciência, e outras queixas. Relata dor intensa no abdômen.

CRM:
Juliana Carvalho Freire
Médica
CRM-PE: 28464

Diagnóstico Inicial:

Acidente de moto

Exames Solicitados:

RX abdominal estômico (E).

Resultado dos Exames:

Cód Procedimento:

Tratamento/Procedimentos

① Tramadol 100 mg IM + 100 ml SF 0,9% + leito
② Uso de pomada local de lesões + lençóis

Assinatura Médico + Carimbo
CRM-PE: 28464

Queixa Principal:

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Condição da Alta:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a pedido Evadiu-se

Curado Melhorado

Transferido para:

Inalterado Piorado

Internado na Clínica:

Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data: / /

Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA


HRA
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 576680

Prontuário: 352236

Nome: RAI WELLINGTON DA SILVA

Data Nasc.: 16/01/1997 Idade: 22

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 704600109696524

Endereço: SITIO LEITAO

Nº: 0

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: CARNAIBA

Estado: PE

CEP: 56820973 Fone: 964204964

Profissão: AGRICULTOR

Nome da Mãe: JOSEFA PERREIRA DA SILVA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: QUEDA DE MOTO

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 07/01/2020 13:01

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Dor estomacal
Furor

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Dor ótunho

Diag. Provisório:

Fractura

Prescrição:

Diete: _____

Horário

Data

07/01/2020

To carna

Fractura

Fractura

Fractura

Fractura

Fractura

Data e hora retirada da senha: 07/01/2020 12:49

Nome Paciente:	RAI WELLINGTON DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	18/01/1997
Sexo:	Masculino
Idade:	29
Senha:	U0012
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	576669
SAME:	

Período: 07/01/2020 12:53 - 07/01/2020 12:56

MARILIA CRUZ GOUVEIA CAMARA GUERRA - COREN: 168393 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: POUCO URGENTE

Cor: VERDE

Queixa Principal: VITIMA DE COLISÃO DE MOTO COM CARRO, HA 6 HORAS, EVOLUINDO COM DOR E EDEMA EM ARTICULAÇÃO DO COTOVCELO ESQUERDO.

Medicamento(s): DM-
HAS-

Observação: RAIOPX COM FRATURA DE RÁDIO
NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma: FERIDAS

Discriminadores: - INFLAMAÇÃO LOCAL?

Especialidade: - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARILIA CRUZ GOUVEIA CAMARA GUERRA - COREN: 168393 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 07/01/2020 12:56



Hospital Regional
JESUS PEQUENINO

NOME: Rui Wellington da Silv

REGISTRO: 329522

DATA DA CIRURGIA: 10/01/2020

ALTA: 11/01

DIAGNÓSTICO:

Trauma do abdômen (r)

TRATAMENTO:

RAFT

DATA RETORNO:

1 REVISÃO: 06/02 ÀS 7HS

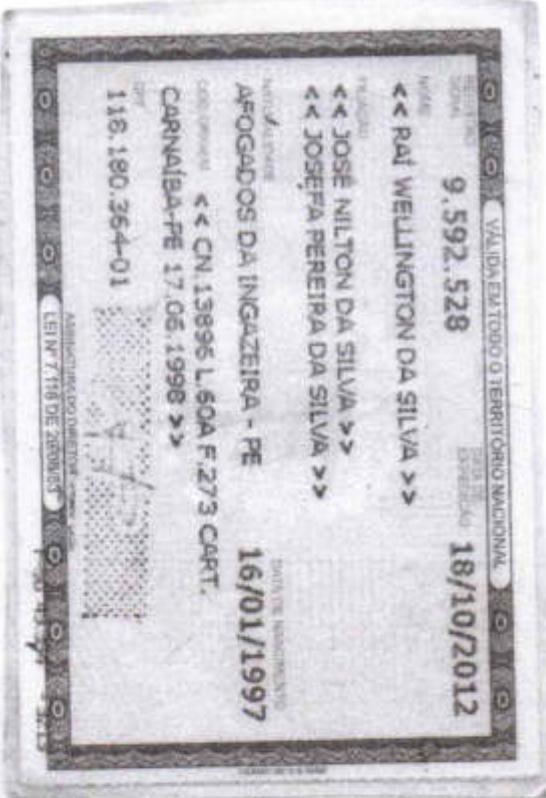
2 REVISÃO

3 REVISÃO

4 REVISÃO

Obs:





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014358330599
VIA CDO HENNAHAN 1081740326 EXERCÍCIO 2019

RAT WELLINGTON DA SILVA

AFOGADOS DA INGAZETRA

118.180-264-01 PLACA PC82313

***** 9C2KD0610GR202618

RAT MOTOCICLETA ALCO/GÁSOL

HONDA / NXR160 Bros E3DD ANO FAB. 2018 ANO MODELO 2016

2P/162CL PARTIC PRETA

***** 118.180-264-01 PLACA PC32313

IPVA 2019 QUITADO 1º * * * * *

V FAIA IPVA 2 PARELAMENTO DO R\$ 31. * * * * *

PREÇO TARIFÁRIO (R\$) 0.32 PREMIO TOTAL (R\$) 11/01/19

SEM RESERVA USO DE BOMBORECA

Roberto Silles

AFOGADOS DA INGAZETRA DATA 28/03/19

Roberto Carlos Mozeira Fontelles

DIRETOR PERMANENTE DE TRÂNSITO

SEGURADOR OBRIGATÓRIO DE DANOS SUPRESSOS DAS CAUSAS DE ACIDENTES AUTOMOTORES DE VEÍCULOS TERRESTRES COMERCIAIS, CARGA, APRESENTE TRÂNSITO, QUÍMICO, MÍNICO, SEGURO DE VIDA

PE N° 014358330599 BILHETE DE SEGURO DPVAT

RAT WELLINGTON DA SILVA

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

AFOGADOS DA INGAZETRA 2019 EXERCÍCIO 28/05/19

118.180-264-01 HONDA / NXR160 Bros E3DD PLACA PC32313

IPVA 2019 QUITADO 1º * * * * *

V FAIA IPVA 2 PARELAMENTO DO R\$ 31. * * * * *

PREÇO TARIFÁRIO (R\$) 4.01 PREMIO TOTAL (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 PREÇO (R\$) 0.32 PREMIO TOTAL (R\$) 64.56

DATA DE PAGAMENTO 11/01/19 PAGAMENTO PARCIALMENTE PAGUEI

SEGURADORA LIDER - DPVAT DATA 11/01/19

CPF/CNPJ 00.240.804/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
NÃO PODE SER PEGO PELA POLÍCIA

JAN-2019 JAN-2020



seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO

Vítima Rai Wellington da Silva S. L. (✓)
 DATA DO ACIDENTE 07.01.2020 CPF DA VÍTIMA 118.180.364-01
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Rai Wellington da Silva
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARÂNTESCO COM
 A VÍTIMA É O Meu Me
 ENDEREÇO DO PORTADOR Sítio Boa Vista
 N° 577 COMPLEMENTO Casa BAIRRO Sítio Boa Vista
 CIDADE Armanharai UF PR CEP 55800-000
 E-MAIL
 TELEFONE (37) 99809-2784

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVENS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVENS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- * MORTE = R\$ 13.500,00
- * INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DA LESÃO E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- * DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- * PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- * COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- * PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PONTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
 DATA _____
 IDENTIDADE 9.592-528
 NOME _____
 ASSINATURA Rai Wellington da Silva

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200149797 **Cidade:** Arcoverde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAI WELLINGTON DA SILVA **Data do acidente:** 07/01/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/04/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OLECRANO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO E FIXAÇÃO) E ALTA MÉDICA. (P3 P4 P5)

Sequelas permanentes: DLIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO COTOVELO ESQUERDO.

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
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116616/20

Vítima: RAI WELLINGTON DA SILVA

CPF: 118.180.364-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/01/2020

Titular do CPF: RAI WELLINGTON DA SILVA

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAI WELLINGTON DA SILVA : 118.180.364-01

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: 16/04/2020
Nome: RAI WELLINGTON DA SILVA
CPF: 118.180.364-01

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAI WELLINGTON DA SILVA

RAIANNE SILVA BARBOSA