



Número: **0065856-73.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 26ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/10/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|---------------------------------------|--------------------|---|--------------------|
| GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA (AUTOR) | | VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO) | |
| MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 73167748 | 05/01/2021 10:49 | 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, 04 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190087330

Vítima: GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA

Data do Acidente: 24/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA

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 13900244

Pag. 01503/01504 - 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, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190087330

Vítima: GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA

Data do Acidente: 24/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000877**

Conta: **0000016228-1**

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: CPF da vítima: 052.288.434-26 Nome completo da vítima: Gilson José Vieira de Santana

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E DEPENDENTES DA PESSOA FÍSICA VITIMA/BENEFICIÁRIO: CIRCULAR 005/2015

Nome completo: Gilson José Vieira de Santana CPF: 052.288.434-26

Profissão: Aposentado Endereço: Rua da União Número: 589 Complemento: -

Bairro: Centro Cidade: Itaquitinga Estado: PE CEP: 55900-000

E-mail: wagnermaria.gilson@gmail.com Tel (DDD): (9) 3626-3773

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

REDA 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 ASSINAR EM UMA DAS OPÇÕES ABAIXO

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0877 CONTA: 16228

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

(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 de 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 IMPEDIMENTO DE PRESENTAR O 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda 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 do 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: 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 a provar 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.

TESTEMUNHAS

1ª Nome: CPF:

Assinatura

2ª Nome: CPF:

Assinatura

Assinatura de quem assina A RDO

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.

V001/2018



310-665678766-9

06/NOV/2018 HORA DE 11:00:10

LOT. 15.015478-0 TERM 018579

LOCALIDADE: ITAQUITINGA

AG. VINCULADA: 0774

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

0077.00016228-1

NOME: GILSON JOSE VIEIRA DE SAN

DEPOSITOS REALIZADOS ATE 03/05/2012

| DIA LIMITE | SALDO |
|------------|-------|
| 16/10 | 0,00 |
| 18/10 | 0,00 |
| 05/11 | 0,00 |

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012 SEM AS MOVIMENTACOES DO DIA

| DIA LIMITE | SALDO |
|------------|-------|
| 16/10 | 0,00 |
| 18/10 | 0,00 |
| 05/11 | 0,00 |

RESUMO EM 05/12

SALDO

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

SALDO DISPONIVEL

SALDO TOTAL

310-665678766-9

12 VIA

ARUANA SEGURADORA

31 JAN 2019



DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE

Nº / ANO
K-2489/18



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

I - LOCAL E DATA

COM ANEXO ☒ SEM ANEXO ☐

| | | | | | |
|---------------------|------------------------------------|-----------------|--------|---------------|------------|
| Município | GOIANA | Rodovia | PE-075 | Km | 01 |
| Ponto de Referência | VIADUTO DE ACESSO A RODOVIA PE-075 | | | Data | 24/10/2018 |
| Dia da Semana | QUARTA-FEIRA | HORA/OCORRÊNCIA | 20:00 | Hora/Cheg./Pr | 20:10 |

II - TIPO DE ACIDENTE

| ATROPELAMENTO | ABALROAMENTO | COLISÃO | CHOQUE | CAPOTAMENTO |
|---------------|--------------|----------|----------------|----------------|
| Pedestre | Longitudinal | Frontal | Poste, Árvore | Tombamento |
| Animal | Transversal | Traseira | Muro, Casa | Saída da Pista |
| | | | Veículo Parado | Outros |

III - CONSEQUÊNCIA

| | | | | | |
|---------------------------------|------------|--------|--------|-----------|----------|
| SEM VITIMA | COM VITIMA | X | MORTOS | FERIDOS | X |
| Nº/VEÍC. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE | - | IDENT. | 01 | NÃO IDENT | TOTAL 01 |

IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTANCIAIS

| ACID. VERIFICADO | CONDIÇÕES/VIA | CONDIÇÕES/TEMPO | PERÍODO/DIA | SEMAFORO |
|------------------|---------------|-----------------|-------------|------------|
| Longo da Via | Seca X | Bom X | Manhã | S/Defeito |
| Cruzamento | Molhada | Chuva | Tarde | C/Defeito |
| Outros X | Enlameada | Neblina | Noite X | Desligado |
| VIADUTO | Oteada | Garoa | Madrugada | N/Existe X |

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

| | | | |
|------------|--------------------|----------------|------------------|
| Policial | Placa "Pare" | MÃO DE DIREÇÃO | DIVISÃO DA VIA |
| F.Pedestre | Placa "Dê a Pref." | Única X | Faixa Contínua |
| F.Retenção | Não há Placas | Dupla | Canteiro Central |
| | | | Blocos |
| | | | Outros X |

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

| EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA - VI/V2 | COMPORTAMENTO - VI/V2 |
|---------------------------------------|-----------------------|
| Realizado no Local | Permaneceu no local |
| VEnc. Para Exame | Socorrido VI |
| Não foi Realizado | Evadiu-se |

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

| | |
|----------------------|--------------------|
| Proprietário | Tomou Conhecimento |
| Natureza das Avarias | |



VIII - VEÍCULOS

| QUANTO À TRACÇÃO - VI/V2 | | ESPÉCIE - VI/V2 | | CATEGORIA - VI/V2 | |
|--------------------------|----|-----------------|----|-------------------|----|
| Automotor | VI | Passageiro | VI | Oficial | |
| De Propulsão Humana | | Carga | | Particular | VI |
| De tração animal | | Misto | | Aluguel | |

IX - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

| VEÍCULO - 01 | | | | | | | | | |
|----------------|--|---------------|-------------------|-----------|------------|-----------|----------------|-------------|----------|
| Marca | HONDA | Modelo | NXR BROS | Ano | 2017 | Renavam | 1113943588 | Placa | OYM-7914 |
| Município | IGARASSU PE | Nº do Chassis | 9C2KD0810HR423226 | | | | | | |
| Carregado | Apreendido | | | Liberado | | | X | Evadiu - se | |
| Proprietário | GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA | | | | | | | | |
| Residência | | | | | | | Bairro | | |
| Município | IGARASSU PE | Rg. | 6366952 | Org. Exp. | SSP PE | CPF | 052.288.434-26 | | |
| Condutor | GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA - F 99884-8675 | | | | | | | | |
| Residência | RUA DA UNIAO, 589 | | | | | | Bairro | CENTRO | |
| Município | ITAQUITINGA PE | Rg. | 6366952 | Org. Exp. | SSP PE | CPF | 052.288.434-26 | | |
| CNH/Pront./ Nº | 03045303915 | Categoria | AD | Validade | 21/09/2003 | Hora/Dir. | | | |

| VEÍCULO - 02 | | | | | | | | | |
|----------------|------------|---------------|-----------------------------|-----------|--|-----------|-------------|-------|--|
| Marca | | Modelo | | Ano | | Renavam | | Placa | |
| Município | | Nº do Chassis | Veículo de Carga nº de Eixo | | | | | | |
| Carregado | Apreendido | | | Liberado | | | Evadiu - se | | |
| Proprietário | | | | | | | | | |
| Residência | | | | | | | Bairro | | |
| Município | | Rg. | | Org. Exp. | | CPF | | | |
| Condutor | | | | | | | | | |
| Residência | | | | | | | Bairro | | |
| Município | | Rg. | | Org. Exp. | | CPF | | | |
| CNH/Pront./ Nº | | Categoria | | Validade | | Hora/Dir. | | | |

| TESTEMUNHA - 01 | | | | | | | | | |
|-----------------|--|------|--|-----|--------|-----------|------|-----|-----------|
| Nome | | | | | Idade | | Sexo | | Profissão |
| Residência | | | | | Bairro | | | | |
| Município | | U.F. | | Rg. | | Org. Exp. | | CPF | |

| TESTEMUNHA - 02 | | | | | | | | | |
|-----------------|--|------|--|-----|--------|-----------|------|-----|-----------|
| Nome | | | | | Idade | | Sexo | | Profissão |
| Residência | | | | | Bairro | | | | |
| Município | | U.F. | | Rg. | | Org. Exp. | | CPF | |

| VÍTIMA - 01 | | | | | | | | | |
|----------------------|-------------------------------|----|----|-----|-------------------------|-----------|---------------|--------|----------------|
| Nome | GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA | | | | Natureza dos Ferimentos | Leve | | Graves | X |
| Estado Civil | CASADO | | | | Motorista | X | Passageiro | | Mortais |
| Profissão | | | | | Sexo | M | Nacionalidade | | Pedestre |
| Município | ITAQUITINGA | UF | PE | Rg. | 6366952 | Org. Exp. | SSP PE | CPF | 052.288.434-26 |
| Socorrido | HOSPITAL BELARMINO CORREA | | | | Município | GOIANA | | | |
| Dados Fornecidos Por | VITIMA | | | | | | | | |
| Residência | | | | | | | Bairro | | |
| Município | | UF | | Rg. | | Org. Exp. | | CPF | |

| VÍTIMA - 02 | | | | | | | | | |
|----------------------|--|----|--|-----|-------------------------|-----------|---------------|--------|----------|
| Nome | | | | | Natureza dos Ferimentos | Leve | | Graves | |
| Estado Civil | | | | | Motorista | | Passageiro | | Mortais |
| Profissão | | | | | Sexo | | Nacionalidade | | Pedestre |
| Município | | UF | | Rg. | | Org. Exp. | | CPF | |
| Socorrido | | | | | Município | | | | |
| Dados Fornecidos Por | | | | | | | | | |
| Residência | | | | | | | Bairro | | |
| Município | | UF | | Rg. | | Org. Exp. | | CPF | |

OBS.: SOCORRIDO PELA VIATURA BMAR 765 / CMT 2º SGT REGIVALDO - MAT 291330-7



XII – INFRAÇÕES COMETIDAS

| | V.1 / V.2 | | V.1 / V.2 |
|--|-----------|--|-----------|
| Dirigir s/CNH (Art. 162, I CTB) | | Deixar de Prestar Inform. s/ acid. (Art. 176 V CTB) | |
| Conduzir Veic. s/ Lic. (Art. 230 V CTB) | | Desob. Ordens do Agente trans. (Art. 195 CTB) | |
| Conduzir Veic. s/ Doc. Porte Obrig. (Art. 232 CTB) | | Conduzir Veic. C/ Lacre Violado (Art. 230 I CTB) | |
| Dirigir Sob. Influên. Alcool (Art. 165 CTB) | | Conduzir Veic. S/ Placa (Art. 230 IV CTB) | |
| Deixar de Prestar Socorro à Vítima (Art. 176 I CTB) | | Conduzir Veic. C/ Placa Ileg. (Art. 230 VI CTB) | |
| Deixar de Adotar Prov. P/ Evitar Perigo Trans. (Art. 176 II CTB) | | Conduzir Veic. Alter. De Caract. (Art. 230 VII CTB) | |
| Deixar de Preservar Local de Acid. (Art. 176 III CTB) | | Conduzir Veic. Defeito Equip. Obrig. (Art. 230 IX CTB) | |
| Deixar de Remover Veic. Qdo Determ. (Art. 176 IV CTB) | | Outras | |

XV – AVARIAS APARENTES

VEÍCULO – 01

EM ANEXO

VEÍCULO – 02

EM ANEXO

XVI – DADOS NECESSÁRIOS

| | | | | |
|---------------------------------|-----------------|------------|-------------------|---------------|
| 1. Reboque Efetuado | Polícia Militar | Particular | Não Efetuado | |
| 2. Comunicado à Delegacia de | | | | Hora |
| Nome do Recebedor da Ocorrência | | | | Matrícula |
| XVII – Responsável Pelo BAT | Posto/Grad. | CB PM | Matrícula | 107919-0 |
| | | | | NOME |
| XVIII – Digitador da SSTA | SD PM VIALLE | | Of. Chefe da SSTA | TEN PM UMAITA |

Compare com o original que me foi apresentado.

Data: 05 / 11 / 2018

[Assinatura]



ARJANA SEGURADORA

31 JAN 2018



IV – SIMBOLOGIA

| | | | |
|---|--|-----------------------------|--|
| Automóvel e Outros Veículos de 04 Rodas | | Incêndio - | |
| Ônibus, Caminhão ou Trator - | | Marcha à frente - | |
| Trem - | | Marcha à Ré - | |
| Veículo de 2 ou 3 Rodas - | | Derrapagem - | |
| Pedestre | | Capotamento ou Tombamento - | |
| Animal - | | Local da colisão - | |
| Objeto Fixo | | Depois da Colisão - | |

XIII – CROQUI

EM ANEXO





DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
PRIME - DGO - CPE - EPRV
Batelão Cel. Manoel de Souza Neto



XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

| | v1 | v2 | |
|--|--------------------------|--------------------------|---|
| Dirigir S/ CNH (Art. 162, I, CTB) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Deixar de prestar socorro, S/ (Art. 176, v. CTB) |
| Conduzir veic. s/ doc. Port. obrig. (Art. 232 CTE) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desob. Ordem do Agente Tr. ou (Art. 195 CTB) |
| Conduzir veic. s/ doc. Port. obrig. (Art. 232 CTE) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conduzir veic. s/ placa violado (Art. 230, I CTB) |
| Dirigir sob influência Alcool. (Art. 165 CTB) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conduzir veic. s/ placa (Art. 230, IV CTB) |
| Deixar de prestar socorro à vítima (Art. 176, CTB) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conduzir veic. s/ placa ileg. (Art. 230, VI CTB) |
| Deixar de adotar prov. P/ evitar perigo trans. (Art. 176, CTB) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conduzir veic. Alta De. car. (Art. 230, VII CTB) |
| Deixar de preservar local de acd. (Art. 176, III CTB) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conduzir veic. Defeito equip. obrig. (Art. 230, IX) |
| Deixar de remover veic. Qdo Deixar (Art. 176, IV CTB) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Outras: _____ |

XIII - CROQUI

Veículo Retirado da via por Policiais.

XIV - SIMBOLOGIA

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Automóvel e outro veículos de 4 rodas | <input type="checkbox"/> Incêndio |
| <input type="checkbox"/> Ônibus, Caminhão e Trator | <input type="checkbox"/> Marcha à Frente. |
| <input type="checkbox"/> Trem | <input type="checkbox"/> Marcha à Ré |
| <input type="checkbox"/> Veículo de 2 ou 3 Rodas | <input type="checkbox"/> Detrapagem |
| <input type="checkbox"/> Pedestre | <input type="checkbox"/> Capotamento ou Tombamento |
| <input type="checkbox"/> Animal | <input type="checkbox"/> Local da Colisão |
| <input type="checkbox"/> Objeto Fixo | <input type="checkbox"/> Depois da colisão |

- Veículo entregue para Senhora Geisiane Luiz de Figueiredo Santos. CNH: 03972731797. CATEGORIA AB. VALIDADE: 31/01/2022. A MESMA SENDO A COMANDANTE DO VEÍCULO.

XV - AVARIAS APARENTES

VEÍCULO - 1

• Guião empilhado;
• Ousbramentos: Para Lâmpas Dianteiras, CARCENAGEM ESQUERDA, RETROVISOR ESQUERDA, BOMBA, LANTERNA INDICADORA DIANTEIRA DIREITA.

VEÍCULO - 02



XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1 - Reboque efetuado: Polícia Militar ☐ Particular ☐ Não efetuado ☐

2 - Comunicado à Delegacia de: _____ Hora: _____
Nome do receptor da ocorrência: _____ Matrícula: _____

XVII - RESPONSÁVEL PELO BAT.

| POSTO/GRAD. | MATRICULA | NOME: |
|-------------|-----------|-------------|
| Cb PM | 107 919-0 | ASS.: Wayne |

XVIII - Datilógrafo SSTA: _____ Of. Chefe SSTA: _____



Handwritten signature or mark across the page.





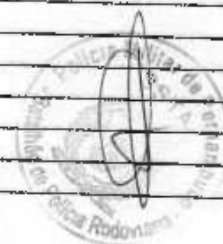
BATALÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES - (SSTA)



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº _____ / _____).

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

Soneto



Veículo: _____

Nome do Condutor: _____

RG: _____ Órgão Expedidor: _____ CPF: _____

Placa do Veículo: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____

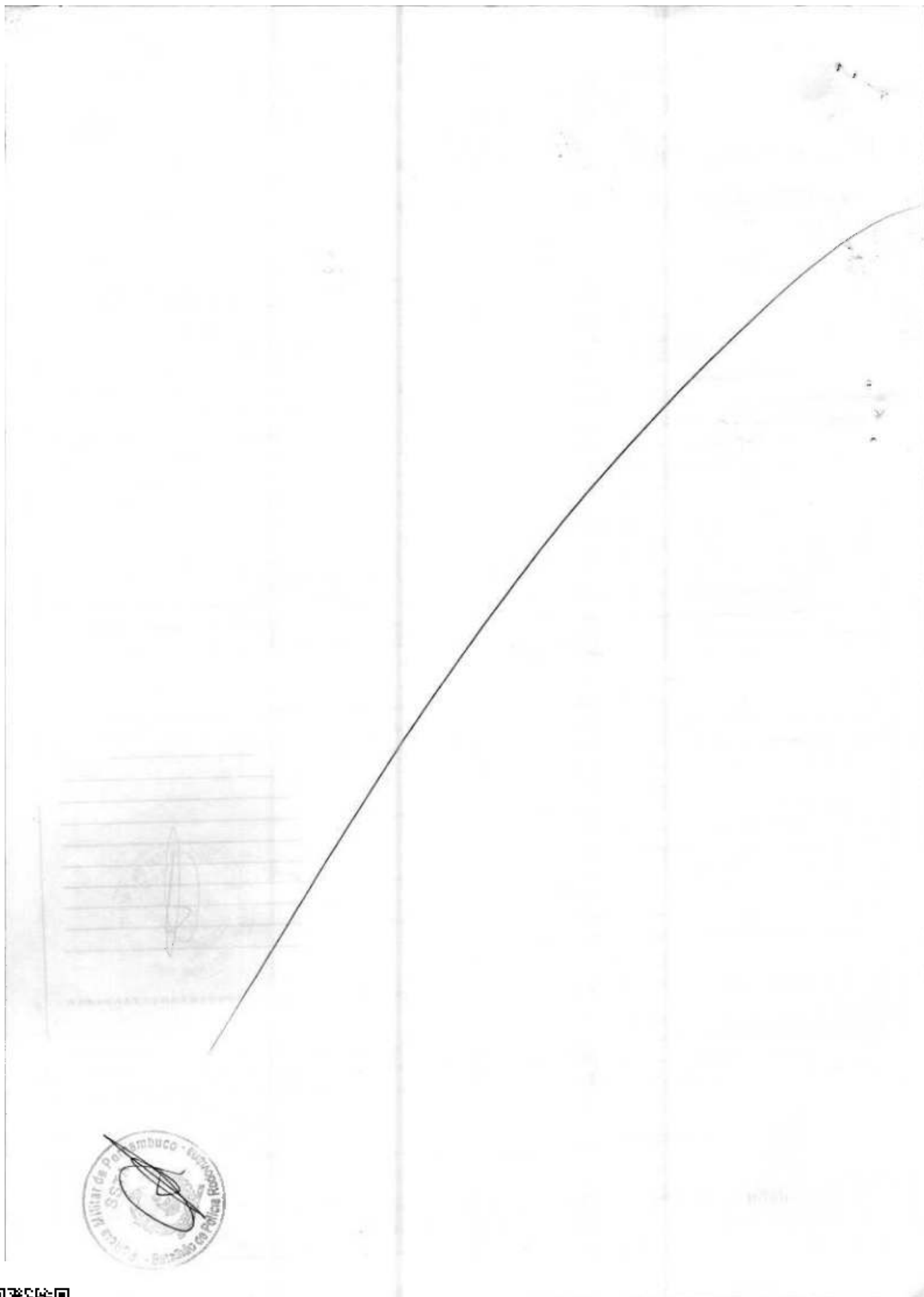
Assinatura: _____

ARUANA SECURITADORA
31 JAN 2023

Observação:

- 1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra de forma legível;
- 2) O Procedimento ilegível será de responsabilidade do signatário.







PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI: CPF da vítima: 052.288.434-26 Nome completo da vítima: Gilson José Vieira de Santana

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E DEPENDENTES DA PESSOA DA VÍTIMA (BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUPLEN Nº 445/2012

Nome completo: Gilson José Vieira de Santana CPF: 052.288.434-26

Profissão: Aposentado Endereço: Rua da União Número: 589 Complemento: -

Bairro: Centro Cidade: Itaquitinga Estado: PE CEP: 55900-000

E-mail: wagnermaria.gilson@gmail.com Tel (DDD): (9) 3626-3773

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

REDA 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 - ASSINAR EM UM ÚNICO CASO DE BOMBA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0877 CONTA: 16228

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 de 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 IMPEDIMENTO DE PRESENTAR O LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL (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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem a provaram 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.

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

Assinatura da Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Local e Data: Itaquitinga - PE 23.01.2019

Nome: Gilson José Vieira de Santana

CPF: 052.288.434-26

(*) Assinatura de quem assina A RDO

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.

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.

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.

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.

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.

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

| | |
|------------------------|------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA: | 12/02/2019 |
|------------------------|------------|

| |
|----------------------|
| NUMERO DO DOCUMENTO: |
|----------------------|

| | |
|--------------|----------|
| VALOR TOTAL: | 2.362,50 |
|--------------|----------|

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00877

CONTA: 000000016228-1

Nr. da Autenticação AFA0D626C6F6C14A



| | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|
| <p>COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.935.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-92</p> | | <p>celpe Grupo Nicreenergia www.celpe.com.br</p> | | <p>NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA</p> <p>Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02 COMERCIAL 118 PRONTIDÃO 118 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 Ouvidoria 0800 292 5599</p> <p>Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos</p> <p>Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 157-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis</p> | |
|--|--|---|--|---|--|

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|--|
| DADOS DO CLIENTE GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA CPF: 052.286.434-28 | | DADOS DE VENCIMENTO 29/01/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 190,37 | | DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 22/01/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 22/01/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 047712062 | | CONTA CONTRATO 004005685767 Nº DO CLIENTE 2002356600 Nº DA INSTALAÇÃO 0001487852 | |
| ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA DA UNIAO 589 CENTRO/ITAQUATINGA 55950-000 ITAQUATINGA PE | | CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico | | | | | |
| As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br | | RESERVADO AO FISCO A57C.2C46.385C.26F6.7FB5.20FF.1133.ABA3 | | | | | |

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL | | | | | | | | | |
|--|-------|------------------|-----------------|------------|------------------|-----------------|------|------------------|--|
| DESCRIÇÃO | | | QUANTIDADE | PREÇO | VALOR (R\$) | | | | |
| Consumo Ativo(kWh) | | | 245,00 | 0,71879022 | 175,22 | | | | |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal | | | | | 4,46 | | | | |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 040061450-22/11/18 | | | | | 1,13 | | | | |
| Multa por atraso-NF 043975562 - 22/12/18 | | | | | 4,57 | | | | |
| Juros por atraso-NF 043975562 - 22/12/18 | | | | | 0,99 | | | | |
| TOTAL DA FATURA | | | | | 190,37 | | | | |
| INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS | | | | | | | | | |
| ICMS | | | PIS | | | COFINS | | | |
| BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO | |
| 179,22 | 25,00 | 44,80 | 179,22 | 0,45 | 0,80 | 179,22 | 2,08 | 3,74 | |

| Tarifas Aplicadas | | HISTÓRICO DO CONSUMO | | |
|--------------------|------------|----------------------|--|-----|
| Consumo Ativo(kWh) | 0,69165006 | | | kWh |
| | | JAN 19 | | 249 |
| | | DEZ 18 | | 308 |
| | | NOV 18 | | 267 |
| | | OUT 18 | | 280 |
| | | SET 18 | | 208 |
| | | AGO 18 | | 186 |
| | | JUL 19 | | 186 |
| | | JUN 18 | | 232 |
| | | MAI 18 | | 297 |
| | | ABR 18 | | 288 |
| | | MAR 18 | | 278 |
| | | FEV 18 | | 267 |
| | | JAN 18 | | 288 |

| COMPOSIÇÃO DO CONSUMO | | |
|-----------------------|--------|-------|
| | R\$ | % |
| Geração de Energia | 58,07 | 32,58 |
| Transmissão | 8,58 | 4,80 |
| Distribuição (Cabo) | 40,21 | 22,44 |
| Endeço Setorial | 10,35 | 5,78 |
| Trânsito | 40,54 | 27,53 |
| Perdas de Energia | 12,66 | 7,00 |
| TOTAL | 179,82 | 100 |

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL | | | | | | | | | |
|--|----------------|------------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|--------|-------------|
| NÚMERO DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR | | ATUAL | | DIF. DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh |
| | | DATA | LEITURA | DATA | LEITURA | | | | |
| 00900000005361812 | CAT | 22/12/2019 | 25.764,00 | 22/01/2019 | 26.013,50 | 31 | 1,0000 | 0,00 | 249,50 |

| DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES | | | | | |
|---|----------|---------------|-------------|------------|---------------------|
| DESCRIÇÃO | CONJUNTO | VALOR APURADO | META MENSAL | META TRIM. | META ANUAL |
| na rede | | | | | |
| DIC-No.de horas sem Energia | CONDADO | 0,00 | 5,67 | 11,34 | 22,69 |
| FIG-No.de vezes sem Energia | | 0,00 | 3,34 | 8,72 | 18,45 |
| DMIC-Duração máxima de interrupção contínua | | 0,00 | 3,25 | 0,00 | 0,00 |
| DICRI-Duração de interrupção em ciclo crítico | | | | | Limite DICRI: 12,22 |
| BUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 49,35 | | | | | |

Toda Centralizador pode exibir a duração das interrupções DIC, FIG, DMIC e DICRI e qualquer tempo

| <p>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</p> <p>Pague no ponto mais perto de você e gire o correio lúdico: avenida antônio carlos de almeida centro / posto de medicamentos noas se: av antonio carlos de almeida 387 centro lista completa em www.cajape.com.br - Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Paga, em atraso, multa de 2% (Resolução 14/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próximo mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.</p> | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">NÍVEL DE TENSÃO</th> </tr> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL (V)</th><th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO (V)</th> </tr> <tr> <th></th><th>MÍNIMO</th><th>MÁXIMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>220</td><td>202</td><td>231</td> </tr> <tr> <td colspan="3">AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</td> </tr> </tbody> </table> | NÍVEL DE TENSÃO | | | TENSÃO NOMINAL (V) | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) | | | MÍNIMO | MÁXIMO | 220 | 202 | 231 | AUTENTICAÇÃO MECÂNICA | | |
|--|--|-----------------|--|--|--------------------|------------------------|--|--|--------|--------|-----|-----|-----|-----------------------|--|--|
| NÍVEL DE TENSÃO | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TENSÃO NOMINAL (V) | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | MÍNIMO | MÁXIMO | | | | | | | | | | | | | | |
| 220 | 202 | 231 | | | | | | | | | | | | | | |
| AUTENTICAÇÃO MECÂNICA | | | | | | | | | | | | | | | | |

| DESTAQUE AQUI | | | | |
|----------------|---------|--------------------|------------|--|
| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | TOTAL A PAGAR(R\$) | VENCIMENTO | TALÃO DE PAGAMENTO |
| 004005685767 | 01/2019 | 190,37 | 29/01/2019 | <p>Evite dobrar, perfurar ou rasurar.</p> <p>Este carnê será usado em leitora ótica.</p> |

838700000010 903700110048 005685767109 137297807736

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





AVENIDA CRUZ CASQUA - KM 1,350 - CENTRO - GOIÂNIA - GO
CEP: 74040-000 Fone: (61) 3026-0111
Inscrição Estadual: 18.1.001.001.198-2
CNPJ: 09.565.035/0001-61
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 2018210399440

Secretário: GOIANA

PRESTADOR: MENSAL DE AGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE
MELICIO DA COSTA LEITE NETO
R DO CAMIÃO, N. 90176 - CASA-D - CENTRO GOIANA PE 55900-000
INSCRIÇÃO: 062.490.765-0134.000 GRUPO: 13 OPÇÃO DEB. AUTOMÁTICO: D1039944.0

RESPONSÁVEL: ENDEREÇO PARA ENTREGA:

| ESTIMADA DATA | POTENCIAL | SISTEMAS | QUANTIDADE DE EDIFICAÇÕES | INICIAL | FIM |
|-----------------------|---------------------------------|------------------------------|---------------------------|---------|-----|
| LIGADO | POTENCIAL | SISTEMAS | QUANTIDADE DE EDIFICAÇÕES | INICIAL | FIM |
| MUNICÍPIO: A12F163546 | DATA LEIT. ANTERIOR: 07/12/2018 | DATA LEIT. ATUAL: 07/01/2019 | | | |

| ÁGUA | ESGOTO |
|------------------|---------------|
| LEIT. ANT.: 341 | CONSUMO: 8 |
| LEIT. ATUAL: 341 | LEIT. ANT.: 0 |
| LEIT. FAT.: 341 | LEIT. ATUAL: |
| | LEIT. FAT.: |

| HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO | | ANÁLISES DE AMOSTRAS | | | |
|---|---------|----------------------|------------------------------|---------------------|---------------------|
| DATA | CONSUMO | PARÂMETROS | EXIG. PELA PORT. Nº 2.914/11 | ANÁLISES REALIZADAS | ATENDE A LEGISLAÇÃO |
| 11/2018 | 1/ | TURBIDEZ | 48 | 45 | 44 |
| 10/2018 | 15/ | COR APARENTE | 45 | 45 | 29 |
| 09/2018 | 1/ | CORO RESIDUAL | 44 | 45 | 45 |
| 08/2018 | 10/ | COLIFORMES TOTAIS | 44 | 45 | 44 |
| 07/2018 | 14/ | E. Coli | 44 | 45 | 44 |
| 06/2018 | 8/ | | | | |
| MÉDIA | 8/ 0 | | | | |

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS | CONSUMO POR FAIXA | VALOR R\$ |
|----------------------------------|-------------------------|-----------|
| ÁGUA | | |
| COMERCIAL 001 UNIDADE | | |
| CONSUMO DE ÁGUA | 8 M3 | 60,75 |
| MULTA P/IMPONTUALIDADE | 10/2018 | 2,41 |
| JUROS DE MORA | 09/2018 08/2018 07/2018 | 3,06 |

| PARÂMETROS | BASE DE CÁLCULO | VALOR UNITÁRIO (R\$) | VALOR TOTAL (R\$) |
|------------|-----------------|----------------------|-------------------|
| VIS | 60,75 | 1,00 | 60,75 |
| COTINS | 60,75 | 4,62 | 280,75 |

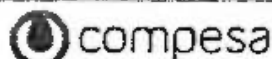
VENCIMENTO: 20/02/2019

TOTAL A PAGAR: 341,51

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE FATURAS PENDENTES, NO VALOR DE R\$ 341,51, REGULANDO A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA E A TIVACAO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Envio por: INTERNET

Envio em: 15/01/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0910195

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA: 101990-001 101990-002

VENCIMENTO: 20/02/2019

TOTAL A PAGAR: 341,51

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

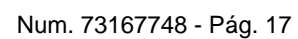
828800000000-6 66220018062-0 01039944001-9 12201850003-7



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



ARJANA SECUNDARIA
31 JAN 1973



ATESTADO MÉDICO

O paciente Gilson José Vieira de Santana **Souza** necessita afastamento de suas atividades laborais por um período de 15 (quinze) dias.

CID:

552.

Recife, 27 de Outubro de 2018

Dr. Kássio Macêdo
CIRURGIÃO DA MÃO
CRM 15.423

Kássio Macêdo

ARUANA SEGURODORA
31 JAN 2019



G U I A D E A T E N D I M E N T O

EXAME CLINICO.: Paciente vítima de Colapso Nucleo C/ anexo em
lista, Anest. de 20 de forte neurolept em
CID.....: Síndrome e Tumor. Como glomérulos,
H.D.....: Anest. Nucleo, expone Tumor glomérulos
CONDUTA.....: Anest. glomérulos, não em Anest. Nucleo
EXAMES
COMPLEMENTARES

PRESCRIÇÃO

PRESCRIPTION

- 1) 1/2 lb fine & antling fawns
- 2) 1/2 lb Quail
- 3) 1/2 lb Quail
- 4) 1 lb 1000 gpt 1000 80 x 60 21.75
- 5) 1 lb 1000 gpt 1000 80 x 60 21.75
- 6) 1 lb 1000 gpt 1000 80 x 60 21.75
- 7) 1 lb 1000 gpt 1000 80 x 60 21.75
- 8) 1 lb 1000 gpt 1000 80 x 60 21.75

[illegible]

RECEPCAO: LUCIVANIA

LUCIVANIA
 ② SRL 3000000
 ② Sinaliza de alarmă
 Dr. Teresa Rakel
 Medic
 ROM-PE 23.412



SOLB

Clínicas Especializadas

ESPECIALIDADES:

ORTOPEDIA
DERMATOLOGIA
PNEUMOLOGIA
CARDIOLOGIA
CIRURGIA VASCULAR
NUTRICIONISTA
PEDIATRIA
PSIQUIATRIA
FONOAUDIOLOGIA
PSICOLOGIA
ENDOCRINOLOGIA
BUÇO-MAXILO-FACIAL
REUMATOLOGIA
ESPECIALISTA EM OOR
OSTEOPATIA
CLINICA MÉDICA
RPG
ACUPUNTURA
DRENAGEM LINFÁTICA

GILSON S. VIGOR
no SANTO

Passante viton no
Futura no MICO RORSE
no em 24/10/18.
Foi substituído a Pneu-
virante claudes
em 27/10/18 sup
Inten comencios.
em acorputamento sup
Paciente no ALTA

01/11/18

DERBY: 3032.5931 / 3032.2422 / 99880.4784
ILHA DO LEITE: 3039.3634
OLINDA: 3014.0001 / 3039.0030 / 99770.7700

Av. Gov. Carlos de Lima Cavalcanti, 95
Cep: 50.070-110 - Derby - Recife - PE

ARUANA SEGURODORA
31 JAN 2019

NOME: Gilson José Vieira de Santana

CONVÊNIO: AMIL

DATA: 27/10/2018

DIAGNÓSTICO:

Fratura de radio diafisário a direita +luxação da articulação radio-ulnar distal

CIRURGIA:

FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO A DIREITA + MICRONEUROLISE + TENÓLISE NO TÚNEL OSTEOFIBROSO + REPARAÇÃO LIGAMENTAR DO CARPO + RADIOSCOPIA PARA ACOMPANHAMENTO DE CIRURGIA

CIRURGIÃO: KÁSSIO MACÊDO 1º AUXILIAR: HERMES FISCHER

ANESTESISTA: MIRELLA PERRUCI

INTRUMENTADOR: MARCIA

ANESTESIA: BLOQUEIO DE PLEXO + SEDAÇÃO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
3. GARROTE DE MSE
4. ACESSO DE THOMPSON PARA ACESSO A DISTAL DIAFISÁRIO
5. MICRONEUROLISE DE PROTEÇÃO DO NERVO SENSITIVO RADIAL
6. DIVULSÃO POR PLANOS
7. FRATURA DO RADIO COM LESÃO LIGAMETAR RADIOCARPAL
8. REDUÇÃO E ESTABILIZAÇÃO DA FRATURA COM PLACA BLOQUEADA 7 FUROS COM 04 PARAFUSOS BLOQUEADOS E DOIS CORTICAIS
9. CONFIRMADA REDUÇÃO COM INTENSIFICADOR DE IMAGEM
10. BOM POSICIONAMENTO VISUALIZADO EM INTENSIFICADOR
11. TENÓLISE NO TÚNEL OSTEOFIBROSO EM ARTICULAÇÃO RADIO-CÁRPICA
12. REPARO LIGAMENTAR DO CARPO
13. PASSAGEM DE FIO DE K 2.0 *P160, 2,5*
14. SUTURA DE PELE COM NYLON 4-0, TALA AXILO-PALMAR

MATERIAL UTILIZADO: MALHA TUBULAR + ATADURAS DE 15 + LÂMINAS DE BISTURI 15 + PACOTES DE COMPRESSA + PACOTES DE GASE + ALGODÃO ORTOPÉDICO + MICROPORE ESTERIL + INTENSIFICADOR DE IMAGENS + NYLON 4.0+ ATADURA GESSADA+ SF0,9%500ML
OPME: 01 PLACA BLOQUEADA VOLAR PARA RADIO DISTAL

02 PARAFUSOS CORTICAIS

04 PARAFUSOS BLOQUEADOS

01 FIO DE K 1.5

Dr. Kássio Macêdo
Cirurgião da Mão
CRM: 18.925



SOLB

Clinicas Especializadas

ESPECIALIDADES:

ORTOPEDIA

DERMATOLOGIA

PNEUMOLOGIA

CARDIOLOGIA

CIRURGIA VASCULAR

NUTRICIONISTA

PEDIATRIA

PSIQUIATRIA

FONOAUDIOLOGIA

PSICOLOGIA

ENDOCRINOLOGIA

BUCO-MAXILO-FACIAL

REUMATOLOGIA

ESPECIALISTA EM DOR

OSTEOPATIA

CLINICA MEDICA

RPG

ACUPUNTURA

DRENAGEM LINFÁTICA

GILSON S. V. DO SANTANA

Paciente vítima de

acidente com moto

ONDO NOVE FANTASIA

DE MARIO DA FINEIRO (C.D. 5523)

AGORA A 20 ANOS

LIGAMENTO DE PUNTO

SUBSTITUO A INCOGNITO

CLINICA DO URGENTE

(27/10) e esta em tratamento

com medicamento sem previsão

de alta por causa de 30 dias

DERBY: 3032.5931 / 3032.2422 / 99880.4784

ILHA DO LEITE: 3039.3634

OLINDA: 3014.0001 / 3039.0030 / 99770.7700

Dr. Cassio Macêdo
CIRURGIÃO DE MÃO
CRM: 16.925

Av. Gov. Carlos de Lima Cavalcanti, 95
Cep: 50.070-110 - Derby - Recife - PE

ARQUIVO SECUNDARIA
31 JAN 2019

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

| | |
|--|---|
| DATA DO ACIDENTE: <u>24/10/2019</u> | DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: <u>24/10/2018</u> |
| NOME COMPLETO DA VÍTIMA: <u>Gilson José Vieira de Santana</u> | |
| LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: <u>Fratura do Galeazzi antebraço Dir.</u> | |
| DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA): <u>Osteossíntese com placa e parafusos em 27/10/18</u> <u>Fisioterapia motor - 30 sessões</u> | |
| ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | |
| EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CASO POSITIVO DESCREVER: | |
| COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA. | |

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

| SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO |
|---|
| 1º <u>Dor, déficit de força e A.D.M. no</u> |
| 2º <u>antebraço Dir. com perda</u> |
| 3º <u>funcional de 50% no antebraço</u> |
| 4º <u>Dir.</u> |
| 5º |

| | |
|---|---|
| AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE <u>22/01/19</u> A <u>22/01/19</u> E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS. | |
| LOCAL <u>Goiana PE</u> | ASSINATURA E CARIMBO <u>Dr. Alisson F. Vieira</u> Ortopedia - Traumatologia CRM-PE 66130/2014-PE 17000 SBOT 12614 |

ARLUANA SECUNDARIA
31 JAN 2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
 IDENTIFICAÇÃO NACIONAL

GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
4384952 SSP PE

CPF: **052.208.434-26** DATA NASCIMENTO: **10/09/1984**

PRENOME: **JOSE VIEIRA DE SANTANA**

LOIJA RODRIGUES DE FREITAS SANTANA

DEPARTAMENTO: **IDENTIFICAÇÃO** NOME: **AD** DATA: **AD**

Nº REGISTRO: **03045303915** VALIDADE: **31/09/2023** DATA: **03/10/2003**

OBSERVAÇÕES

Gilson Jose Vieira de Santana

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL: **RECIFE, PE** DATA EMISSÃO: **21/09/2018**

[Assinatura]

Chave: **Andressa Thais Ribeiro**
 Detentor: **Andressa Thais Ribeiro**
 SECRETARIA DE IDENTIFICAÇÃO

500.0646768
 98687886113

PERNAMBUCO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1683318277

POSSUIR PLASTIFICAR
1683318277

ARUANA SEGURADORA
 31 JAN 2023





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvidoria: 0800-021-91-35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu João Guilherme mangabeira de Carvalho
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324 / 65 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Gilson José Vilela de Santana inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.288.434 / 26
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Gilson José Vilela de Santana
inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.288.434 / 26 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------------|
| Endereço: <u>Rua Duque de Caxias</u> | Número: <u>170</u> | Complemento: <u>10</u> |
| Bairro: <u>Centro</u> | Cidade: <u>Itaquitinga</u> | Estado: <u>PE</u> |
| E-mail: <u>arrianeia.gilma@gmail.com</u> | CEP: <u>55900-000</u> | Tel.(DDD): <u>(81) 3626-3771</u> |

Local e Data: Goiana - PE 23.01.2018

Assinatura do Declarante

ARJANA SEGUROADORA
31 JAN 2013

OLDRL001 V001/2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 014205039782

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 000 RENAVAM 1113943588 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

GILSON JOSE VIZIRA DE SANTANA

ICARASSU-PE

052 288 434-26

PLACA OYM7914

CLASSE 9C2AD0810BR423226

ESPECÍFICO FAS MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL ALCO/CASOL

MARCA/MODELO

CAP/POT/CIL 2P/162CL

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA IPVA 2018 QUITADO

FAIXA LTVL 1

PARCELAMENTO/COTAS

1º 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

SEM RESERVA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA

ICARASSU

Carstenes Andrews Souza Ribeiro
Diretor Executivos DETRAN/PE

DATA 23/04/18

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014205039782 BILHETE DE SEGURO DPVAT
GILSON JOSE VIZIRA DE SANTANA 53600-001

CASA ICARASSU-PE

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

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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 23/04/18

VIA 1 052 288 434-26

PLACA OYM7914

RENAVAM 1113943588

MONDA/100160 BROS F500

ANVEN 2017

9C2AD0810BR423226

PRÊMIO TARIFARIO

INS (R\$) DENATIM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) DILATACAO/RESUMO (R\$)

SEGURO PAGO

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE COTAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 03.248.605/0001-94

LESTIQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO



ARUANA SEGURADORA
31 JAN 2018



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190087330 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA **Data do acidente:** 24/10/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSO DO ANTEBRAÇO À DIREITA.
LESÃO LIGAMENTAR RADIO CARPAL À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA/PARAFUSO/FIO DE K/MICRONEURÓLISE).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

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



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Gilson Jose Vieira de Santana
DATA DO ACIDENTE 24.10.2018 CPF DA VÍTIMA 052.283.434-26
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA DO DE CAZIAS
Nº 130 COMPLEMENTO CENTRO BAIRRO CENTRO
CIDADE GOIANA UF PE CEP 55900-000
E-MAIL TELEFONE ()

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) 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 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DO LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) 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, TAIS 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 CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 16 ANOS, PODER 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 CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA 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 (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, QUITAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) 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, TAIS 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 CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA 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)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 16 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
• MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.100,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
• O 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, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 622 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA
IDENTIDADE 8347118 SDS PE
ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 31 JAN 2019
NOME UMA SEGURADORA
ASSINATURA

PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT

Outorgante: Gilson Jose Vieira de Santana
RG/CNH/CTPS: 6366352 SSP/PE CPF: 052.288.439.26
Profissão: Gerente
Estado Civil: casado
End: Rua da União, 589, Centro, Itaquitanga

Outorgado: Luã Guilherme Mangabeira de Carvalho.
RG/CNH/CTPS: 8.317.118 SDS/PE CPF: 083.562.324-65
End: Rua Duque de Caxias, Nº 170-D, Centro, Goiana-PE. CEP: 55900-000

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao SEGURO DPVAT, que figura como

vítima: Gilson Jose Vieira de Santana

Acidente: 24.10.2018

Cobertura: Invalidez

Itaquitanga PE, 13 de novembro de 2018.

GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE ITAQUITANGA
Titular: PLÁVIO HENRIQUE SILVA POZZOBON
Telefone: (81) 3508-0022

RECONHEÇO por AUTÊNTICIDADE a firma de GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA, Dou fe Itaquitanga-PE 13/11/2018 em testemunho da verdade, o Tabelião

>>> Emolumento R\$ 3,59 TSMR 0,80 FERC 0,40 Total R\$ 4,79.

Selo: 0159624.ITN09201801.00557 13/11/2018 10:48:59
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/eledigital

DEPARTAMENTO DE NOTAS E REGISTROS DE
Antônio Carlos de Almeida, 421
Centro - CEP: 55950-000
Tel.: (81) 3508-0022
ITAQUITANGA - PE

ARQUIVADO
31 JAN 2019



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037631/19

Vítima: GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA

CPF: 052.288.434-26

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 24/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO : 083.562.324-65

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

GILSON JOSE VIEIRA DE SANTANA : 052.288.434-26

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 31/01/2019
Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO
CPF: 083.562.324-65

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

Josyelli de Oliveira Cabral

