



EUDES BRITO
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Por este instrumento particular ABERILSON PEDRO DA SILVA, brasileiro, solteiro, agricultor, maior, nascido em 08/06/1999, natural de Machados/PE, filho de Pedro José da Silva e de Nailza Alaide da Silva, residente e domiciliado no Sítio Palmeiras, nº 320, Zona Rural, Machados/PE CEP- 55740-000, portador do RG nº 10.459.524- SDS/PE data de expedição 22/08/2017 e CPF nº 714.036.444-38, nomeia e constitui seu bastante procurador o Bel. EUDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB sob nº 15.907, com escritório profissional na Rua Rafael Virgulino de Aguiar, nº 07, 1º andar, Centro, Orobó/PE, portador do RG 3.624.307-SSP/PE e CPF/RF nº 687.511.924-20, para o fim de representá-los em juízo, em qualquer instância ou tribunal em que forem autores, réus, ou assistentes, podendo interpor recursos, contestar, representar em audiência como preposto, requerer todas as medidas que forem necessárias, preparatórias, preventivas ou incidentes, variar de ações e intentar outras de novo, usando dos poderes conferidos pela cláusula "ad judícia" e "et extra", mais os de desistir, transigir, contestar, agravar, apelar, impugnar, protestar e levantar protestos, firmar compromissos, inclusive o de inventariante, assinar plano de partilha, requerer pagamento de quinhão hereditário, optar, em procedimentos de inventário pelo rito do arrolamento, acompanhando o feito em todas as suas fases processuais; fazer composições e requerer perante entidades públicas, particulares ou associativas o que for preciso para o fiel desempenho das obrigações decorrentes deste mandato, podendo substabelecê-los, com ou sem reserva de poderes. Orobó/PE, 19 de agosto de 2019

AUTORIZAÇÃO: O outorgante, por motivo deste instrumento, AUTORIZA em favor dos outorgados, a retenção de 20% (vinte por cento) do pagamento relativo ao valor total da condenação ou do acordo a que fizer jus, a título de pagamento dos honorários advocatícios, na ação que moverá contra a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT. Orobó/PE, 19 de agosto de 2019.

Outorgante - Aberilson Pedro da Silva

LUCAS GUERRA OLIVEIRA



EUDES BRITO
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

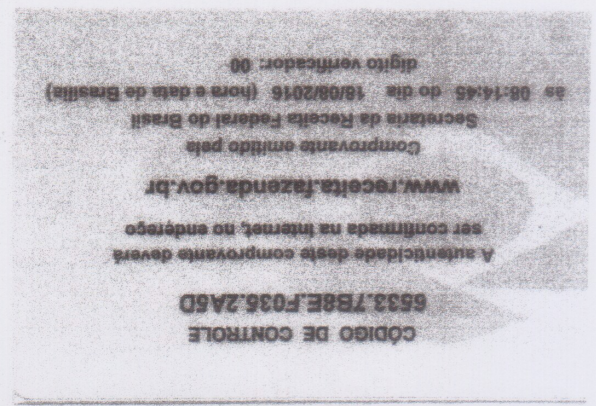
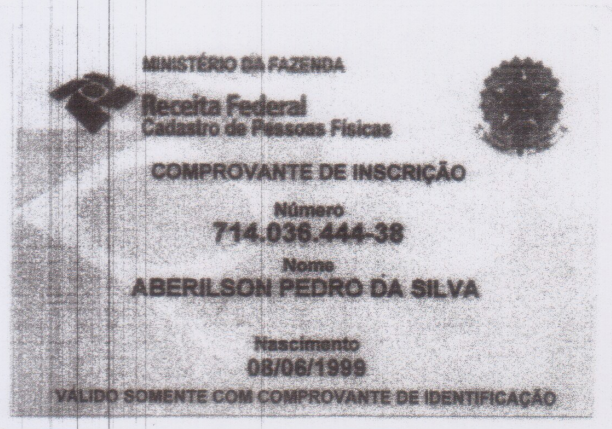
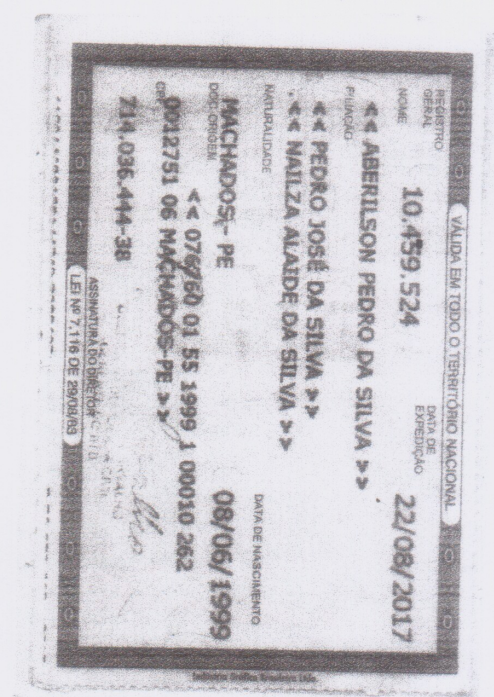
DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu **ABERILSON PEDRO DA SILVA**, brasileiro, solteiro, agricultor, maior, nascido em 08/06/1999, natural de Machados/PE, filho de Pedro José da Silva e de Nailza Alaide da Silva, residente e domiciliado no Sítio Palmeiras, nº 320, Zona Rural, Machados/PE CEP-55740-000, portador do RG nº 10.459.524- SDS/PE data de expedição 22/08/2017 e CPF nº 714.036.444-38, declaro para os devidos fins de direito e na melhor forma da lei que sou POBRE não dispondo de condições financeiras para arcar com as despesas do processo em defesa de nossos direitos sem que para tanto, não haja sérios prejuízos para nossa própria sobrevivência na forma da lei graciosa 1060/50 e de consonância com os princípios constitucionais esculpidos na Carta Magna de 1988. Declaração esta que presto a bem da verdade e de próprio punho. Orobó/PE, 19 de agosto de 2019.

Aberilson Pedro da Silva

LUCAS GUERRA OLIVEIRA





Imprimir Segunda Via de Conta

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE NAILZA ALAIDE DA SILVA CPF: 063.176.604-92 NIS: 16560077331		DATA DE VENCIMENTO 14/09/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 8,56	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 04/09/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 04/09/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 122961864	CONTA CONTRATO 007016920953 Nº DO CLIENTE 2013445586 Nº DA INSTALAÇÃO 0001924409
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA SI PALMEIRAS 320 ZONA RURAL MACHADOS/MACHADOS RURAL 55740-000 MACHADOS PE		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br		RESERVADO AO FISCO 09D0.5765.FBD3.C700.69C7.23ED.1F53.096F		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,10943693	3,28
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	1,00	0,18760617	0,18
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,09357424	2,80
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	1,00	0,16041298	0,16
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,14

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
V75065	CAT	06/08/2020	5.349,00	04/09/2020	5.380,00	29	1,00000	0,00	31,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 06/10/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jul/2020					
DIC-No.de horas sem Energia	BOM JARDIM	0,00	11,30	22,61	45,22
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,67	15,34	30,69
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	6,19	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 16,60
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 3,25					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO							
Pague no ponto mais perto de você! macia alencar sousa - epp: machados centro / mundo net: machados centro. Lista completa em www.celpe.com.br . Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br . O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%(a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 12,51. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Acesse www.celpe.com.br e confira nosso Aviso de Privacidade.		<table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <td>MÍNIMO MÁXIMO</td> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202 231</td> </tr> </table>		TENSÃO NOMINAL(V)	LMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO MÁXIMO	220	202 231
TENSÃO NOMINAL(V)	LMITE DE VARIAÇÃO(V)								
	MÍNIMO MÁXIMO								
220	202 231								
		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA							

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007016920953	09/2020	8,56	14/09/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE Ocorrência

Série-A

1ª Parte

Nº da Folha / Total de Folhas
01/02

Unidade Operacional 6º CIPM	Circunscrição MACHADOS	Data ou Registro 02 / 03 / 2019	Hora do Registro 16:15	Aviso de Ocorrências do CIODS Nº -	
Descrição a Natureza ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL					
Data (dd/mm/aa) 02/ 03 / 2019	Hora (hh:mm) 16:00	<input checked="" type="checkbox"/> Auditoria Conhecida <input type="checkbox"/> Auditoria desconhecida	<input checked="" type="checkbox"/> Consumado <input type="checkbox"/> Tentado	<input checked="" type="checkbox"/> Culposos <input type="checkbox"/> Doloso	<input type="checkbox"/> Flagrante <input type="checkbox"/> Ato Infracional
Circunscrição do Fato MACHADOS		Local Principal da Ocorrência VIA PÚBLICA			
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) ESTRADA DE TERRA PLANAGEM					Número -
Complemento (Apto, Sala, Andar) VIA PÚBLICA					CEP 55740000
Município MACHADOS	UF PE	Ponto de Referência SÍTIO PAQUIVIRA			
<input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA <input type="checkbox"/> IMPULTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input type="checkbox"/> TESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> TURISTA <input checked="" type="checkbox"/> Não					
Nome / Razão Social ABERISON PEDRO DA SILVA					
Pai PEDRO JOSE DA SILVA					
Mãe NAILZA ALAIDE DA SILVA					
Apelido / Nome Fantasia		Sexo XM F	Estado Civil [7]	1. Solteiro(a) 2. Casado(a)	3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a)
Data de Nascimento 08/ 06 / 1999		Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)	4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)	Escolaridade [7]
X RG 10.459.524	CNH	Órgão Expedidor SDS	UF PE	X CPF 714.036.444-38	Órgão Expedidor SRF
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SÍTIO PALMEIRAS				Número 320	Naturalidade MACHADOS-PE
Bairro ZONA RURAL		CEP 55740-000	Município MACHADOS	UF PE	Telefone / Contato (DDD-Número)
Altura Aparente []	1. Até 0,5m 2. 0,6-1,0m 3. 1,1-1,5m	4. 1,51-1,70m 5. 1,71-1,80m 6. Acima de 1,80m	Peso []	1. Até 20kg 2. 21-40kg 3. 41-60kg	4. 61-80kg 5. 81-100kg 6. Acima de 100kg
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão AGRICULTOR	Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)		
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)	
<input type="checkbox"/> VÍTIMA <input type="checkbox"/> IMPULTADO <input checked="" type="checkbox"/> SUSPEITO* <input type="checkbox"/> TESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> TURISTA <input checked="" type="checkbox"/> Não					
Nome / Razão Social JOSE GOMES DE SOUZA					
Pai MANOEL GOMES DA SILVA					
Mãe MARIA OLIVEIRA DE SOUZA					
Apelido / Nome Fantasia		Sexo XM F	Estado Civil [7]	1. Solteiro(a) 2. Casado(a)	3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a)
Data de Nascimento 18 / 10 / 1975		Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)	4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)	Escolaridade [7]
X RG NÃO PORTAVA	CNH	Órgão Expedidor -	UF -	X CPF NÃO PORTAVA	Órgão Expedidor SRF
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SÍTIO PAQUIVIRA				Número s/n	Naturalidade MACHADOS - PE
Bairro ZONA RURAL		CEP 55740-000	Município MACHADOS	UF PE	Telefone / Contato (DDD-Número)
Altura Aparente []	1. Até 0,5m 2. 0,6-1,0m 3. 1,1-1,5m	4. 1,51-1,70m 5. 1,71-1,80m 6. Acima de 1,80m	Peso []	1. Até 20kg 2. 21-40kg 3. 41-60kg	4. 61-80kg 5. 81-100kg 6. Acima de 100kg
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão MOTORISTA	Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)		



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO Nº 19E0215000068

Série-A
Parte

Fato	Unidade Operacional: 6ª CIPM	Circunscrição MACHADOS	Data ou Registro 02/ 03 / 2019	Hora do Registro 16:15	Nº da Folha / Total de Folhas 02/02
	Forma de Aproximação?		Forma de Ação da Abordagem?		
	Local de Entrada?		Forma de Entrada?		
	Alterações no Local?		Forma de Evasão?		
Modus Operandi	Crimes Sexuais?		Estelionato?		
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Qual o motivo do registro do objeto?				
Objeto Envolvido	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Qual o motivo do registro do objeto?				
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
Objeto Envolvido	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Qual o motivo do registro do objeto?				
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Dados do Veículo	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavan
	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
	Qual o motivo do registro do veículo				
	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavan
Dados do Veículo	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
	Qual o motivo do registro do veículo				
	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavan
	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Dados do Veículo	Qual o motivo do registro do veículo				
	Envolvido no Acidente de trânsito				
	A vítima Aberison Pedro da Silva, estava pilotando a Moto de placa KHV 8936-PE, de propriedade da sra. Josefa Maria da Silva, quando ao desviar um buraco perdeu o controle e caiu, sofreu vários ferimentos, sendo socorrido para o Hospital Edson Álvares desta cidade e em consequência das gravidades dos ferimentos foi socorrido para outra unidade médica hospitalar.				

Exames Periciados: S. Solicitado R. Realizado					
Tipo de Exame		Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	Tipo de Exame		Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R
<input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Recebedor		Matrícula		Viatura	Unidade
Responsável pelo Preenchimento		Interessado(a):		Preenchimento pela Validação	
Matrícula Nº		Ass.:		Matrícula Nº	
Ass.:		Ass.:		Ass.:	
Nome:		Nome:		Nome:	





CENTRO DE DIAGNÓSTICO

- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- ULTRASSONOGRRAFIA
- ESPECIALIDADES MÉDICA
- FISIOTERAPIA
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. ABERILSON PEDRO DA SILVA foi vítima de acidente de trânsito no dia 02/03/2019 sofrendo FRATURA EXPOSTA DO 2º, 3º, 4º E 5º METATARSO DO PÉ ESQUERDO, com perda de substância óssea, submetido a tratamento cirúrgico no Hospital Getúlio Vargas (limpeza cirúrgica, redução cruenta e fixação com fios de kirschner). Atualmente apresenta ao exame físico limitação acentuada da flexão e extensão do 2º ao 5º dedos do pé esquerdo acompanhado de edema residual de fratura. Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 13/05/2019

Dr. Roberto de Castro Costa
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 11.730 / TEOT: 7334

ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730



PREFEITURA MUNICIPAL
DE MACHADOS

O Renascer
Uma nova história.



HOSPITAL EDSON ÁLVARES

Rua José Alexandre, 240

Fone: 3649.1162

FICHA DE EMERGÊNCIA

DATA: 02/03/2019 HORA: 16:15 REGISTRO: 76109

NOME: Aberilzon Pedro da Silva

SEXO: M IDADE: 19 ESTADO CIVIL: S. DATA NASC.: 08/06/1999

ENDEREÇO: St. Palmeirinha

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Maílza Adelaide (mãe)

QUEIXAS: _____

Queda de motocicleta há 30 min

Perimento em pé

cl lesão de tendões extensores.

3º e 4º - perda de substância

5º outras queixas

consorte Elaine Glaxowis

Fratura exposta 2º 3º 4º 5º ODE

Canavieira - Região de Roraima

senha: 5631799



Diplopia lmp + mbr 11/1 Roraima
ORTOPEDIA.

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

CÓDIGO PROCEDIMENTO

Maílza Aguiar
Machados - 15599
O.M.P. 20.11





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martín, S/N, Cordeiro, Recife/PE

ATESTADO MÉDICO

Ato para os devidos fins que o paciente ABERILSON PEDRO DA SILVA esteve internado nesta unidade hospitalar, no setor de traumatologia, de 02/03/2019 ao dia 12/03/19, para tratamento médico-hospitalar. Necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento das atividades habituais, para prosseguir tratamento clínico, a partir da data de hoje.

CID 10: S92.3

Recife, 12/03/19

ABÍLIO AUGUSTO PI-
MENTEL CRUZ
CRMEPE 27950

Assinatura do Médico

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martín, S/N, Cordeiro, Recife/PE

DECLARAÇÃO

Ato para os devidos fins que o paciente ABERILSON PEDRO DA SILVA, esteve internado nesta unidade hospitalar, no setor de traumatologia, de 02/03/2019 ao dia 12/03/19, para tratamento médico-hospitalar.

CID 10: S92.3

Deixo a cargo de o **MÉDICO PERITO** avaliar questões trabalhistas e afins.

Recife, 01/03/19

ABÍLIO AUGUSTO PI-
MENTEL CRUZ
CRMEPE 27950

Assinatura do Médico



ABERILSON PEDRO DA SILVA		01112759	
692827	MASCULINO	19a 9m 4d	CLINICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU

Relatório de Alta Hospitalar

Diagnóstico:

HDA: ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM PE ESQUERDO

HD: FRATURA EXPOSTA DE 2º, 3º, 4º E 5º METATARSOS ESQUERDOS

Tratamento:

23/02/19.: PRIMEIRO PROCEDIMENTO CIRURGICO: LMC + DESBRIDAMENTO + REDUÇÃO CRUENTAE FIXAÇÃO COM FIOS 1.5 MM DE KIRSCHNER INTRAMEDULAR EM 2º, 3º E 4º METATARSOS ESQUERDOS + SUTURA + IMOBILIZAÇÃO (TALA BOTA)

OBS:

APOS VISITA DO GRUPO DO PÉ E TORNOZELO FOI DESCIDIDO POR ALTA HOSPITALAR
RETORNO AO GRUPO DO PÉ E TORNOZELO COM 15 DIAS.
USO DE CEFALEXINA POR 7 DIAS, DAPIRONA SE DOR.

Condições Clínicas (no momento da Alta)

MELHORADO, RETORNO AO AMBULATORIO DO PÉ E TORNOZELO COM 15 DIAS. NÃO PISAR OU FAZER DESCARGA DE FORÇA NO MEMBRO

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
02/03/2019	12/03/2019

Recife, 12 DE MARÇO DE 2019

ABILIO AUGUSTO PIMENTEL CRUZ - CRM: Nº.27950

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV





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

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190368461

Vítima: ABERILSON PEDRO DA SILVA

Data do Acidente: 02/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ABERILSON PEDRO DA SILVA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: ABERILSON PEDRO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 1

Agência: 000002039-7

Conta: 000510017052-9

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

Pag. 01245/01246 - carta_15R - INVALIDEZ

00020623





(1)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPrensaTRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados e o parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190368461 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ABERILSON PEDRO DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO ABERILSON PEDRO DA SILVA

CPF/CNPJ: 71403644438

Posição em 12-09-2020 12:33:31

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
07/08/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
17/08/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/Tb6YVaYIBGwLxUNxSc api_key=X0pTBXPGKmYBwSV8NbD4OpInB31zjDU+k1pDpB2Xtlw=)
26/06/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/USNygqH2BIOaHtm0WLI api_key=X0pTBXPGKmYBwSV8NbD4OpInB31zjDU+k1pDpB2Xtlw=)

Chat



Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral**Contribuinte,**

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA			
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 09.248.608/0001-04 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL		DATA DE ABERTURA 10/12/2007
NOME EMPRESARIAL SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 65.12-0-00 - Sociedade seguradora de seguros não vida			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 65.11-1-01 - Sociedade seguradora de seguros vida			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 205-4 - Sociedade Anônima Fechada			
LOGRADOURO R SENADOR DANTAS	NÚMERO 74	COMPLEMENTO 5,6,9,14 E 15 ANDA RES	
CEP 20.031-205	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO RIO DE JANEIRO	UF RJ
ENDEREÇO ELETRÔNICO CITACAO.INTIMACAO@SEGURADORALIDER.COM.BR		TELEFONE (21) 3861-4600	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 10/12/2007	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.634, de 06 de maio de 2016.

Emitido no dia **06/09/2017** às **15:28:06** (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

[Consulta QSA / Capital Social](#)[Voltar](#)

Preparar Página
para Impressão

A RFB agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, [clique aqui](#).
[Atualize sua página](#)



Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intenso (70%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

18

www.pje.tjpe.com.br - pje@genex.com.br

Endereço: Rua Celso Aguiar Magalhães, 4779, 22º andar, Emp. Isaac Newton - Ilha do Leite, 50.070-160 - Recife - PE, Brasil. Fone: (51) 3447-7999. Fax: 55 (0) 3447-7999.
 Endereço: Rua Av. João Machado, 553 s/s 308 a 316, Ed. Plaza Center - Centro, 58.013-520, João Pessoa - PB, Brasil. Fone: (51) 3447-7999. Fax: 55 (0) 3447-7999.
 Endereço: Av. Francisco Neves, 1832 s/s 206/207, Torre Norte - Edif. Salvador Trade Center, Cam. das Árvores - 41.820-020 - Salvador - BA, Brasil. Fone: (51) 3447-7999. Fax: 55 (0) 3447-7999.