



Número: **0081794-11.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 20ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/12/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALMIR FERREIRA SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75743 279	23/02/2021 16:24	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, 17 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200291271

Vítima: ALMIR FERREIRA SILVA

Data do Acidente: 04/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALMIR FERREIRA 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, contados 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 16038410





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 Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200291271

Vítima: ALMIR FERREIRA SILVA

Data do Acidente: 04/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JUCILEIDE DO NASCIMENTO ARAUJO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ALMIR FERREIRA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

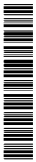
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00789/00790 - carta_25 - INVALIDEZ

00020395





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, 16 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200291271

Vítima: ALMIR FERREIRA SILVA

Data do Acidente: 04/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JUCILEIDE DO NASCIMENTO ARAUJO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ALMIR FERREIRA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

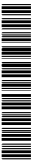
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00373/00374 - carta_25 - INVALIDEZ

00020187





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, 26 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200291271

Vítima: ALMIR FERREIRA SILVA

Data do Acidente: 04/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JUCILEIDE DO NASCIMENTO ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALMIR FERREIRA 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\$ 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: **ALMIR FERREIRA SILVA**

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

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000070165733-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 012.315.214.30 3 - CPF da vítima: 012.315.214.30 4 - Nome completo da vítima: Almir Ferreira Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 406/2012

5 - Nome completo: Almir Ferreira Silva 6 - CPF: 012.315.214.30
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua Jacara 9 - Número: 06 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Acauã 12 - Cidade: Santa Cruz 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55190-000
15 - E-mail: j.s.assessoria@pe@gmail.com 16 - Tel (DDD): 81.99304.6299

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

17 - Nome completo do Representante Legal: Almir Ferreira Silva
18 - CPF do Representante Legal: 012.315.214.30 19 - Profissão do Representante Legal: Agricultor

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para as bancas abidas. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: ITI 341
AGÊNCIA: 0500 CONTA: 002403762 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 01/02/2021
25 - Gou de Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: Almir Ferreira Silva
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 0 Falecidos: 0 30 - Vítima deixou nascido(a) filho(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 0 Falecidos: 0 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 01/02/2021

Almir Ferreira Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200291271

Cidade: Taquaritinga do Norte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ALMIR FERREIRA SILVA

Data do acidente: 04/01/2020

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA ULNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P4,5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

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

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 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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DIÁRIOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA) SUPLEMENTARES

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2. Nº do documento ASL

012.315.214-30

3. Nº da vítima

Nome completo da vítima

Almir Ferreira Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) (OBRIGADOR SOB O R. Nº 10/2017)

1. Nome completo

Almir Ferreira Silva

012.315.214-30

2. Profissão

Agricultor

Jacana

06

Casa

3. Bairro

Alcova

Santa Cruz

PE

55190-000

4. E-mail

js.assessoria@pe@gmail.com

81.99304.6299

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

17. Nome completo do Representante Legal

18. CPF do Representante Legal

19. Profissão do Representante Legal

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

20. RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21. DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

ITAU

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

0500

CONTA:

2403762

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 quem 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 na caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23. Estado civil da vítima

☐ Solteiro

☐ Casado (no CIVIL)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ 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?

☐ Sim ☐ Não

29. Se tinha filhos, informar Vivos, Falecidos

30. Vítima deixou nascituro (em risco)?

☐ Sim ☐ Não

31. Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32. Se tinha irmãos, informar Vivos, Falecidos

33. Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40. Local e Data:

Almir Ferreira Silva

41. Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42. Assinatura do Representante Legal (se houver)

43. Assinatura do Procurador (se houver)

001 0007/2019

Digitalizado com CamScanner



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLÓRIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0154000892

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/08/2020** às **18:35**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **4/1/2020** no período da **Noite**

Natureza Jurídica: **QUEDA DE MOTO**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, RODOVIA FEDERAL BR 160, PRÓXIMO A ESCOLA DINÂMICA TAQUARITINGA DO NORTE-PE, - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
ALMIR FERREIRA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ALMIR FERREIRA SILVA**

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

ALMIR FERREIRA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA FERREIRA SILVA Pai: JOSÉ DE ANCHIETA SILVA Data de Nascimento: 8/4/1984 Naturalidade: TAQUARITINGA DO NORTE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6554878/8DS/PE (RG), 01231521430 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 06, RUA JAÇANA, 06, TAQUARITINGA DO NORTE-PE. - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ALMIR FERREIRA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALMIR FERREIRA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KFW6214** (PERNAMBUCO/TAQUARITINGA DO NORTE)
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE CONDUZIA A REFERIDA MOTOCICLETA ACIMA CITADA PELA SITUADA LOCALIDADE, QUANDO AO PASSAR POR UM QUEBRA MOLAS QUE NÃO TINHA SINALIZAÇÃO NENHUMA, FAZENDO COM QUE A MESMA VIENHESSE A PERDER O COTROLE DA MOTO E CAISSE AO CHÃO. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR UMA EQUIPE DO SAMU PARA A UPA DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE, ONDE DE LÁ FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU-PE DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS, E LOGO DEPOIS FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO EM BEZERROS-PE ONDE PASSOU POR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO..

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

ALMIR FERREIRA SILVA
(VITIMA)

Almir Ferreira Silva

B.O. registrado por: **SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO** - Matrícula: **159.816-3**

[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinatura]





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DIÁRIOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA) SUPLEMENTARES

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2. Nº do documento ASL

3. Nº da vítima

Nome completo da vítima

012.315.214.30 Almir Ferreira Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) (OBRIGADOR SOB O ROL DO MANTENEDOR)

1. Nome completo

Almir Ferreira Silva

012.315.214.30

2. Profissão

Agricultor

Jacana

06

Casa

3. Bairro

Alcova

Santa Cruz

PE

55190-000

4. E-mail

js.assessoria@pe@gmail.com

81.99304.6299

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

17. Nome completo do Representante Legal

18. CPF do Representante Legal

19. Profissão do Representante Legal

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

20. RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21. DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

ITAU

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

0500

CONTA:

2403762

4

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem 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 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 na caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23. Estado civil da vítima

☐ Solteiro

☐ Casado (no CIVIL)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ 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?

☐ Sim

☐ Não

29. Se tinha filhos, informar

Vivos

Falecidos

30. Vítima deixou

nascituro (em risco)?

☐ Sim

☐ Não

31. Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32. Se tinha irmãos, informar

Vivos

Falecidos

33. Vítima deixou

pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40. Local e Data:

Almir Ferreira Silva

41. Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42. Assinatura do Representante Legal (se houver)

43. Assinatura do Procurador (se houver)

001 0007/2019

Digitizado com CamScanner

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:	19/11/2020
------------------------	------------

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

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALMIR FERREIRA SILVA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000070165733-5

Nr. da Autenticação 734D781A5BC52DAE



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 10.935.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005843-83	 CELPE www.celpe.com.br	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 5589 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 JOCELYNE FERNANDES DOS SANTOS CPF: 080.323.324-40	DATA DE VENCIMENTO 18/08/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 11/08/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 11/08/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 119527747	CONTA CONTRATO 004009686164 Nº DO CLIENTE 2092875742 Nº DA INSTALAÇÃO 8003413216																																																																																																																
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA JACANA 6 ACAUÁ/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 55190-000 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico																																																																																																																	
RESERVADO AO FISCO SDA4.AC44.A66B.F093.6E13.E2BC.53C5.B4A7																																																																																																																			
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																																																																																																																			
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL																																																																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>QUANTIDADE</th> <th>PREÇO</th> <th>VALOR (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo-TUSD até 30 kWh</td> <td>30,00</td> <td>0,10853020</td> <td>3,26</td> </tr> <tr> <td>Consumo-TE até 30 kWh</td> <td>30,00</td> <td>0,09365398</td> <td>2,80</td> </tr> <tr> <td>Multa por atraso-NF 090193014 - 10/02/20</td> <td></td> <td></td> <td>0,50</td> </tr> <tr> <td>Multa por atraso-NF 100099041 - 11/03/20</td> <td></td> <td></td> <td>0,60</td> </tr> <tr> <td>Multa por atraso-NF 115843627 - 10/07/20</td> <td></td> <td></td> <td>0,11</td> </tr> <tr> <td>Juros por atraso-NF 100099041 - 11/03/20</td> <td></td> <td></td> <td>1,11</td> </tr> <tr> <td>Juros por atraso-NF 090193014 - 10/02/20</td> <td></td> <td></td> <td>1,38</td> </tr> <tr> <td>Juros por atraso-NF 115843627 - 10/07/20</td> <td></td> <td></td> <td>0,61</td> </tr> <tr> <td>Atualização IGPM-NF 100099041 - 11/03/20</td> <td></td> <td></td> <td>1,21</td> </tr> <tr> <td>Atualização IGPM-NF 090193014 - 10/02/20</td> <td></td> <td></td> <td>1,46</td> </tr> <tr> <td>Atualização IGPM-NF 115843627 - 10/07/20</td> <td></td> <td></td> <td>0,63</td> </tr> <tr> <td>Devolução Pagamento em Duplicidade</td> <td></td> <td></td> <td>12,33</td> </tr> <tr> <td>TOTAL DA FATURA</td> <td></td> <td></td> <td>0,00</td> </tr> </tbody> </table>	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,10853020	3,26	Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,09365398	2,80	Multa por atraso-NF 090193014 - 10/02/20			0,50	Multa por atraso-NF 100099041 - 11/03/20			0,60	Multa por atraso-NF 115843627 - 10/07/20			0,11	Juros por atraso-NF 100099041 - 11/03/20			1,11	Juros por atraso-NF 090193014 - 10/02/20			1,38	Juros por atraso-NF 115843627 - 10/07/20			0,61	Atualização IGPM-NF 100099041 - 11/03/20			1,21	Atualização IGPM-NF 090193014 - 10/02/20			1,46	Atualização IGPM-NF 115843627 - 10/07/20			0,63	Devolução Pagamento em Duplicidade			12,33	TOTAL DA FATURA			0,00	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Tarifas Aplicadas</th> <th colspan="2">HISTÓRICO DO CONSUMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo-TUSD até 30 kWh</td> <td>0,10853020</td> <td>AGO 20</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>Consumo-TE até 30 kWh</td> <td>0,09365398</td> <td>JUL 20</td> <td>33</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JUN 20</td> <td>61</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>MAI 20</td> <td>62</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>ABR 20</td> <td>66</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>MAR 20</td> <td>66</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>FEV 20</td> <td>68</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JAN 20</td> <td>58</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>DEZ 19</td> <td>61</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>NOV 19</td> <td>73</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>OUT 19</td> <td>66</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>SET 19</td> <td>76</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>AGO 19</td> <td>72</td> </tr> </tbody> </table>			Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO		Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10853020	AGO 20	30	Consumo-TE até 30 kWh	0,09365398	JUL 20	33			JUN 20	61			MAI 20	62			ABR 20	66			MAR 20	66			FEV 20	68			JAN 20	58			DEZ 19	61			NOV 19	73			OUT 19	66			SET 19	76			AGO 19	72
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)																																																																																																																
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,10853020	3,26																																																																																																																
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,09365398	2,80																																																																																																																
Multa por atraso-NF 090193014 - 10/02/20			0,50																																																																																																																
Multa por atraso-NF 100099041 - 11/03/20			0,60																																																																																																																
Multa por atraso-NF 115843627 - 10/07/20			0,11																																																																																																																
Juros por atraso-NF 100099041 - 11/03/20			1,11																																																																																																																
Juros por atraso-NF 090193014 - 10/02/20			1,38																																																																																																																
Juros por atraso-NF 115843627 - 10/07/20			0,61																																																																																																																
Atualização IGPM-NF 100099041 - 11/03/20			1,21																																																																																																																
Atualização IGPM-NF 090193014 - 10/02/20			1,46																																																																																																																
Atualização IGPM-NF 115843627 - 10/07/20			0,63																																																																																																																
Devolução Pagamento em Duplicidade			12,33																																																																																																																
TOTAL DA FATURA			0,00																																																																																																																
Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO																																																																																																																	
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10853020	AGO 20	30																																																																																																																
Consumo-TE até 30 kWh	0,09365398	JUL 20	33																																																																																																																
		JUN 20	61																																																																																																																
		MAI 20	62																																																																																																																
		ABR 20	66																																																																																																																
		MAR 20	66																																																																																																																
		FEV 20	68																																																																																																																
		JAN 20	58																																																																																																																
		DEZ 19	61																																																																																																																
		NOV 19	73																																																																																																																
		OUT 19	66																																																																																																																
		SET 19	76																																																																																																																
		AGO 19	72																																																																																																																
Faturado pelo mínimo da fase Custo de Disponibilidade, Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010.																																																																																																																			
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS																																																																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">ICMS</th> <th colspan="2">PIS</th> <th colspan="2">COFINS</th> </tr> <tr> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0,00</td> <td></td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> </tbody> </table>				ICMS		PIS		COFINS		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00																																																																																														
ICMS		PIS		COFINS																																																																																																															
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO																																																																																																														
0,00		0,00	0,00	0,00	0,00																																																																																																														
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL																																																																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">NÚMERO DO MEDIDOR</th> <th rowspan="2">TIPO DA FUNÇÃO</th> <th colspan="2">ANTERIOR</th> <th colspan="2">ATUAL</th> <th rowspan="2">Nº DE</th> <th rowspan="2">CONSTANTE</th> <th rowspan="2">AJUSTE</th> <th rowspan="2">CONSUMO kWh</th> </tr> <tr> <th>DATA</th> <th>LEITURA</th> <th>DATA</th> <th>LEITURA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>000000000000001122</td> <td>CAT</td> <td>10/07/2020</td> <td>16.810,00</td> <td>11/08/2020</td> <td>16.838,00</td> <td>32</td> <td>1,00000</td> <td>8,00</td> <td>28,00</td> </tr> </tbody> </table>				NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	000000000000001122	CAT	10/07/2020	16.810,00	11/08/2020	16.838,00	32	1,00000	8,00	28,00																																																																																								
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR				ATUAL		Nº DE	CONSTANTE					AJUSTE	CONSUMO kWh																																																																																																				
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA																																																																																																														
000000000000001122	CAT	10/07/2020	16.810,00	11/08/2020	16.838,00	32	1,00000	8,00	28,00																																																																																																										
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 16/08/2020																																																																																																																			
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES																																																																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>CONJUNTO</th> <th>VALOR APURADO</th> <th>METAS MENSAL</th> <th>METAS TRIMESTRAL</th> <th>METAS ANUAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">Jul 2020</td> </tr> <tr> <td>DIC-No.de horas sem Energia</td> <td>SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE</td> <td>0,00</td> <td>5,18</td> <td>15,39</td> <td>20,77</td> </tr> <tr> <td>FC-Ma.de vezes sem Energia</td> <td></td> <td>0,00</td> <td>3,23</td> <td>8,47</td> <td>12,95</td> </tr> <tr> <td>DIMC-Duração máxima de Interrupção contínua</td> <td></td> <td>0,00</td> <td>2,94</td> <td>6,00</td> <td>6,00</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: right;">Limite DICR: 12,22</td> </tr> <tr> <td colspan="6">DICR-Duração de Interrupção em dia crítico</td> </tr> <tr> <td colspan="6">EURO-Valor de Encargo de Uso = R\$ 3,00</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="font-size: x-small;"> Todo Consumidor pode solicitar a suspensão das indicações DIC, FC, DIMC e DICR e qualquer tempo. </td> </tr> </tbody> </table>				DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL	Jul 2020						DIC-No.de horas sem Energia	SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	0,00	5,18	15,39	20,77	FC-Ma.de vezes sem Energia		0,00	3,23	8,47	12,95	DIMC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	2,94	6,00	6,00	Limite DICR: 12,22						DICR-Duração de Interrupção em dia crítico						EURO-Valor de Encargo de Uso = R\$ 3,00						Todo Consumidor pode solicitar a suspensão das indicações DIC, FC, DIMC e DICR e qualquer tempo.																																																															
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL																																																																																																														
Jul 2020																																																																																																																			
DIC-No.de horas sem Energia	SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	0,00	5,18	15,39	20,77																																																																																																														
FC-Ma.de vezes sem Energia		0,00	3,23	8,47	12,95																																																																																																														
DIMC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	2,94	6,00	6,00																																																																																																														
Limite DICR: 12,22																																																																																																																			
DICR-Duração de Interrupção em dia crítico																																																																																																																			
EURO-Valor de Encargo de Uso = R\$ 3,00																																																																																																																			
Todo Consumidor pode solicitar a suspensão das indicações DIC, FC, DIMC e DICR e qualquer tempo.																																																																																																																			
INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você! Farmácia Oliveira: Avenida Bela Vista Bela Vista / pagfácil e ao paulo Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. Sua rota/ciclo de leitura será alterado. Art. 84 Res. ANEEL 414/10. 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. 8, 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\$ 12,26. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.																																																																																																																			
NÍVEL DE TENSÃO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </tbody> </table> AUTENTICAÇÃO MECÂNICA				TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231																																																																																																								
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)																																																																																																																		
	MÍNIMO	MÁXIMO																																																																																																																	
220	202	231																																																																																																																	

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO 004009686164	MÊS/ANO 08/2020	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 18/08/2020	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitura ótica.
--------------------------------	--------------------	----------------------------	--------------------------	---

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

DIANA RAMOS DO NASCIMENTO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MARIA SANTINA 289 AP- 04

CPF: 061.186.814-81

POLISPACAS/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
55195-695

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
073791679	UNICA	16/08/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	DATA DE VENCIMENTO
16/08/2019	2002932542	07/09/2019

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7018327230	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
23/08/2019	16/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	61,50

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	57,0000000	0,77545172	44,20
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,55
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,70
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,07
ICMS Subvenção-CDE-NF 066072915-14/06/19			0,41
Religação de Unidade Consumidora			7,96
Multa por atraso-NF 062172935 - 16/05/19			1,17
Multa por atraso-NF 066072915 - 14/06/19			0,92
Juros por atraso-NF 062172935 - 16/05/19			1,05
Juros por atraso-NF 066072915 - 14/06/19			0,32
Atualização IGPM-NF 062172935 - 16/05/19			0,84
Atualização IGPM-NF 066072915 - 14/06/19			0,29

Scanned by CamScanner

Digitalizado com CamScanner

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/02/2021 16:24:08
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21022316240847100000074229072>
Número do documento: 21022316240847100000074229072

Num. 75743279 - Pág. 13



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: 4020-1596 / 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/BIBLIOTECASWEB/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 Jucileide do Nascimento Araujo
inscrito (a) no CPF/CNPJ 041.450.754 / 12 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Almir Ferreira Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 012.315.214 / 30
do sinistro de DPVAT cobertura invalididez da Vítima Almir Ferreira Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 012.315.214 / 30, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: Agricultor Renda: X 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 Maria Santana</u>	Número: <u>289</u>	Complemento: <u>AP. 04</u>
Bairro: <u>Polispalos</u>	Cidade: <u>Santa Cruz</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>J.s.assessoria04pe@gmail.com</u>	CEP: <u>55195-695</u>	Tel.(DDD): <u>81.99304.6299</u>

Local e Data: Santa Cruz 02.07.2020

Jucileide do Nascimento Araujo
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017





Prontuário. 352087

Religião:

CNS:898003416134828

Nº: 130

Estado: PE

Profissão: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Medico: MEDICO PLANTONISTA

Quelxa Principal / HDA:

PA. _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisorio**Diet.**

Horário

[illegible]



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3- Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo: _____

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadui-se () Termo de Alta a Pedido

(X) Transferência: HIT () Internamento: _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ Médico: _____ CRM: _____

05/01/2021 11:52:46

2 de 2

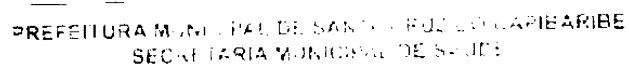
Usuario do Atendimento

DENISELO

Digitalizado com CamScanner

Digitalizado com CamScanner





SANTA CRUZ
DE TAMBAPIRE

RECEITUARIO

125

95.

Rodolfo Celemine
 Modulo
 10/01/2011

10

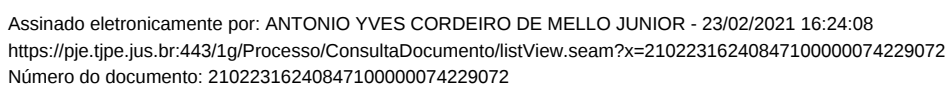
Figure 1

[illegible]

4. 9

Digitalizado com CamScanner

Digitalizado com CamScanner



LEI DE AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

8000034 J. L. ...
to ...
...
The ...
...

REFRAC. DIR

11. OLENIA





Digitalizado com CamScanner

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/02/2021 16:24:08
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21022316240847100000074229072>
Número do documento: 21022316240847100000074229072

Num. 75743279 - Pág. 19



NOME: Paulo Roberto de Mello Junior

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura úlea distal CID-10: S50.5, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 02/02/2021. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Do exame físico: paciente com dor e inchaço no antebraço e mão esquerda. Não há deformidade aparente. Não há feridas abertas. Não há sinais de infecção. Não há sinais de comprometimento vascular ou nervoso. Não há sinais de comprometimento da função da mão e do antebraço.

Bezerros, 02/02/2021.

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedista
CRM-PE 5980

Digitalizado com CamScanner

Digitalizado com CamScanner





HOSPITAL
MUNICIPAL DE SÃO PAULO

NOME: Dr. Maria F. de Jesus

REG.: 129432

DATA DE NASCIMENTO: 08/10/1989

DATA DA CIRURGIA: 06/11/2020

DIAGNÓSTICO: Fratura de ulna distal

TRATAMENTO: Cravado e placa e parafusos

TEMPO DE INTERNAÇÃO: 01 dia(s) 06 horas

MOTIVO DO RETORNO: para alta

para receber alta

Dr. Marcos V. Costa
Ortopedia





HUMANA
DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

(81) 3731.8825 | 9 9900.8656

www.humanadiagnosticos.com.br

Av. Getúlio Vargas, 1177 - Jd. América, 13040-000, Recife, PE
CNPJ: 16.043.112/0001-01 | Insc. Est. ICMS: 15.043.112-01

Nome: ALMIR FERREIRA SILVA

Idade: 35 anos

Data do exame: 06/03/2020

RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO DIREITO

Controle radiológico de fixação de fratura completa da transição do terço médio com o distal da diáfise da ulna, com placa e parafusos metálicos, notando-se bom alinhamento da osteossíntese.

Partes moles sem alterações.

Relações articulares conservadas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Controle radiológico de fixação de fratura completa da transição do terço médio com o distal da diáfise da ulna, com placa e parafusos metálicos, notando-se bom alinhamento da osteossíntese.


Dr. Ygor Weryst Felipe Barbosa
Médico Radiologista
CRM 19005 PE

Dr. Arthur Ventura da Paqueta CRM/PE 19003 | Dr. Arthur José Ventura CRM/PE 17143
Dr. Cleonir Araújo CRM/PE 18544 | Dr. Felipe Araújo Felix CRM/PE 16785
Dr. Guilherme Miranda CRM/PE 21033 | Dr. Juliana Cavalcanti CRM/PE 20098
Dr. Michel Araújo CRM/PE 15270 | Dr. Rafael Borges CRM/SP 131683
Dr. Roberto de Almeida CRM/PE 18301 | Dr. Ygor W. Felipe Barbosa CRM/PE 19005

Digitalizado com CamScanner

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/02/2021 16:24:08
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21022316240847100000074229072>
Número do documento: 21022316240847100000074229072

Num. 75743279 - Pág. 22

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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 4/11/20	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 4/11/20
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Almir Feres Silva	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura dos do antebraço	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Tratamento cirúrgico	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFÉITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO ☒ 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)

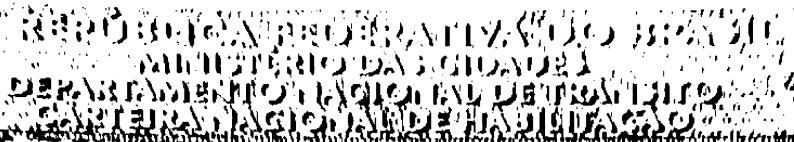
	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º	Pericárdio, pleura, pulmão
2º	Consolidação, vitelônio, ruptura articular
3º	hemiparesia de plexão, extensão, prono
4º	Supinação, tração muscular
5º	75% grave

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 72 horas
 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL: Comaru DATA: 21/11/20

ASSINATURA E CARIMBO:





-NOME

JULIO ROSENBERG JOHN W. ARAGO

IDENTIDADE / ÓRG EMISSOR / UF
0023770 SDS PE

CPI	DATA NASCIMENTO
041.450.754-12	18/07/1978

FILIAÇÃO
JOSE VIEIRA DE ARAUJO

**MARIA LAURINDA DO NASC
IMENTO**

- PERMISSÃO

-ACC-

-CAT HAB-

AB

N° REGISTRO

04505919506

- VALIDADE

02/05/2023

1ª HABILITAÇÃO

20/11/2008

OBSERVAÇÕES

Lucas de Varlimento Arango

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

SANTA CRUZ DO CAPIMARIM, PE

DATA: 1990-1991

04/05/2018

**VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL**
1566792930

PROIBIDO PLASTIFICAR

1566792930

OF ACAL 25 AM

Scanned by CamScanner

Digitalizado com CamScanner

Digitalizado com CamScanner

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/02/2021 16:24:08
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21022316240847100000074229072>
 Número do documento: 21022316240847100000074229072

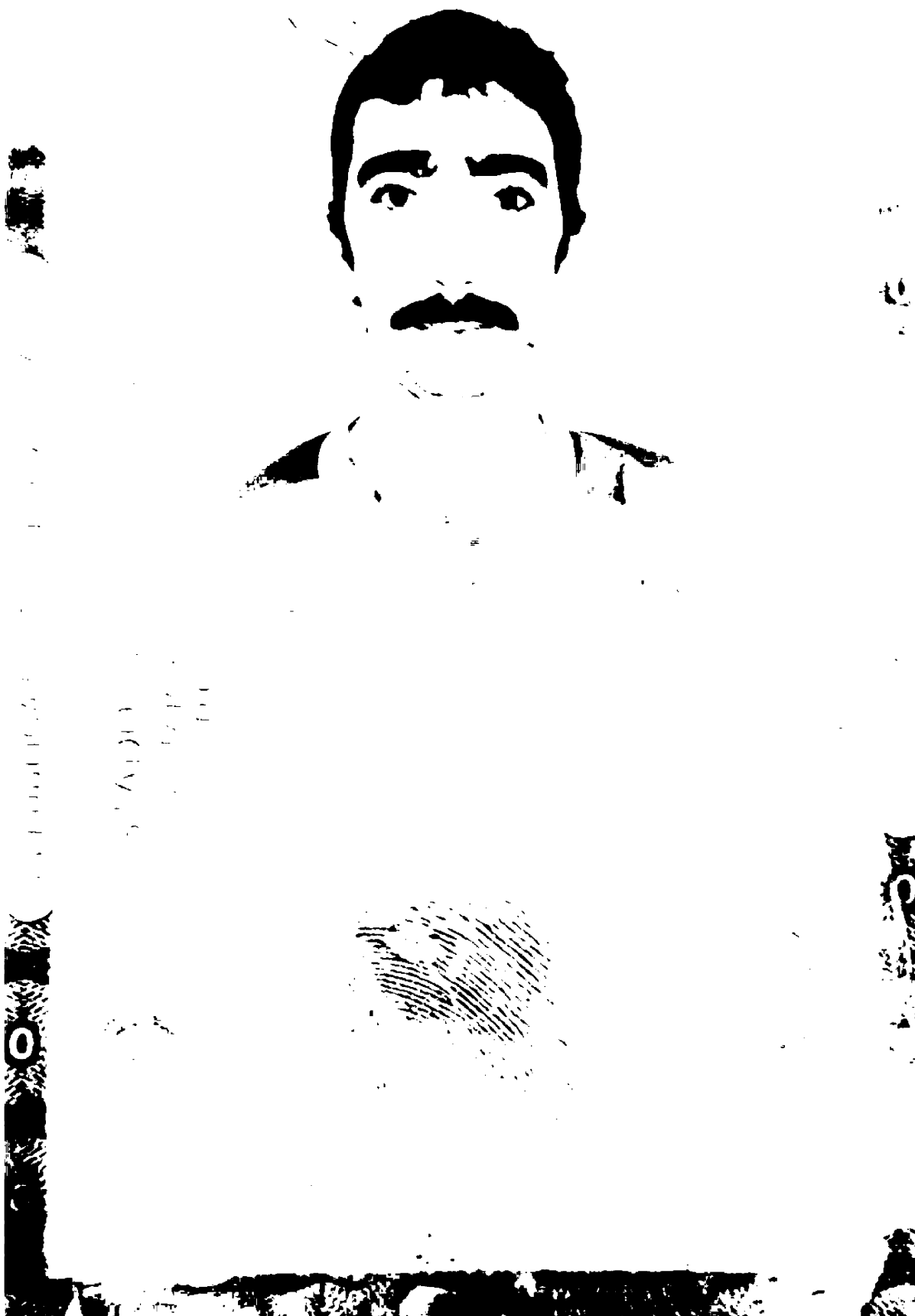
Num. 75743279 - Pág. 24



6554878

Digitizado com CamScanner





Digitalizado com CamScanner





Ministerio da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Numero

012.315.214-30

Nome

ALMIR FERREIRA SILVA

Nascimento

08 04 1984

Digitalizado com CamScanner

Digitalizado com CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE

Nº 015771140388

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CARGO DENAVAM	FUNÇÃO	DATA
NOME			
CNPJ			
PLACA ANT. DE		CARGO	

PAZ	ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL
MARCA - MODELO		ANCIEN - ANO
CAP. MOTOR	CATEGORIA	CORREÇÃO
COTA UNICA	VEN. COTA UNICA	VEN. COTA UNICA
PARA LEVA	PARCELA MENS. COTAS	

PRÊMIO TARIÁRIO (R\$)	TAXA (R\$)	TAXA MENS. TOTAL (R\$)	TAXA MENS. ANUAL (R\$)
OBSERVAÇÕES			
DATA			

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

PE Nº 015771140388 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

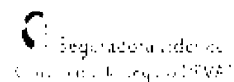
PREMIO TARIFARIO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.245.000/0001-00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0228438/20
Vítima: ALMIR FERREIRA SILVA
CPF: 012.315.214-30
CPF de: Próprio
Data do acidente: 04/01/2020
Titular do CPF: ALMIR FERREIRA SILVA
Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JUCILEIDE DO NASCIMENTO ARAUJO : 041.450.754-12

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

ALMIR FERREIRA SILVA : 012.315.214-30

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: 14/08/2020
Nome: ALMIR FERREIRA SILVA
CPF: 012.315.214-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/08/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ALMIR FERREIRA SILVA

Marta Marinho dos Santos



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200291271

Cidade: Taquaritinga do Norte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ALMIR FERREIRA SILVA

Data do acidente: 04/01/2020

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA ULNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P4,5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

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

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 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Selecione o(a) tipo(s) de cobertura: ☐ DANOS (DESPEZAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do acidente ou ASL: 3 - CPF da vítima: 012.315.214-30 4 - Nome completo da vítima: Almir Ferreira Silva

RECEBIMENTO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDAS MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPP Nº 046/2012

5 - Nome completo: Almir Ferreira Silva 6 - CPF: 012.315.214-30

7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua Jacana

9 - Município: 06 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: Santa Cruz 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55190-000

15 - E-mail: jse.assessoria@pe@igmail.com 16 - Inscrição: 81.993046299

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.000,00 ☐ R\$2.001,00 A R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$2.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - BANCOS BANCÁRIOS: ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ CONTA POUPEANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anotar uma única)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) ☐ Caixa de Brás (304) ☐ Caixa Econômica Federal (309) Nome do BANCO: nubank 260

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 701657335

(Informar o dígito ao lado) (Informar o dígito ao lado) (Informar o dígito ao lado) (Informar o dígito ao lado)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUTÊNCIA DE LAUDO DO IML - PRESENCIAMENTO 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 5.194/74), uma vez que:

- 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 realize perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realize 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74

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 ÔRÇOS BENEFICIÁRIOS - PRESENCIAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Sexo da vítima: ☐ Masculino ☐ Feminino

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima possui companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima possui companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima possui irmãos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima possui pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legal de quem assina o pedido (a rogo)

36 - CPF legal de quem assina o pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura do testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data:

Almir Ferreira Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



Procuração

Esta procuração é emitida em virtude da incapacidade do outorgado, que não pode comparecer pessoalmente ao cartório para a assinatura do documento, sendo que a presente procuração é emitida em virtude da incapacidade do outorgado, que não pode comparecer pessoalmente ao cartório para a assinatura do documento, sendo que a presente procuração é emitida em virtude da incapacidade do outorgado, que não pode comparecer pessoalmente ao cartório para a assinatura do documento.

Outorgante **ALMIR FERREIRA SILVA**

portador(a) do documento de identidade nº **655.487.8** expedido por **SDS**

20.03.2020 inscrito no CPF nº **012.315.274-30** residente na

RUA SACANA

complemento **CASA** Bairro **ACAUA** cidade

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE Estado **PE**

Outorgado **Guilherme do Nascimento Araújo**

portador(a) do documento de identidade nº **652.377.0** expedido por **SDS**

04.05.2018 inscrito no CPF nº **047.450.754-12** residente na

RUA MARIA SANTINA

complemento **AP 04** Bairro **POLIS PACAS** cidade

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE Estado **PE**

Amplas poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

SCL 0015 (02)

de **07** de **2020**

Outorgante **Almir Ferreira Silva**

VEJA ORIENTAÇÃO SOBRE AUTENTICIDADE DE DOCUMENTOS OU RECONHECIMENTO DE FIRMAS NO WWW.COESPSEGUROS.COM.BR

Tratando-se de pessoa não alfabetizada, a procuração deverá ser firmada em cartório, obrigatoriamente

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/02/2021 16:24:08