

Grupo Neenergia

REGULAMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA

Petropolis - CEP 30050-902  
www.celpa.com.br

DADOS DO CLIENTE  
NOME: LUIZ SOUZA GOMES DE SA

UNIDADE CONSUMIDORA  
S. JOSE DOS PILOTOS 570 JOSE  
N. S. DO NASCIMENTO

CPF: 352.514.764-34

TRUFU - RURAL/TRUFU RURAL  
TRUFU PE  
506 12-000

CLASSIFICAÇÃO  
B2 RURAL  
AQUICULTURA RURAL OU URBANA  
Monofásico

0000001B 09/2014  
02/10/2014 27/10/2014  
40,42

NUMERO DE CONTADOR	DATA	VALOR
0000001B	27/10/2014	40,42

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)
1	0,34105429

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

DATA	LEITURA	CONSTANTE	AJ
25/09/2014	27.100.0	35	1.000

ICMS  
PS  
COFINS

300 009C FCB3 56CD 579

IMPORTANTE

Este documento é emitido em conformidade com o Regulamento de Energia Elétrica da Celpa, aprovado em 2014. O cliente deve manter este documento em seu arquivo pessoal para fins de controle e fiscalização.

Valor	Quantidade	Valor	Valor	Valor
30,30	30,30	30,30	30,30	30,30

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DI	PC	DMC

NÍVEL DE TENSÃO

DI	PC	DMC

M B M  
SEGURADORA  
09 FEV. 2015  
DPVAT





**BOLETO DE ATENDIMENTO**

Data e Hora:	13-03-13	07:12	Nº Ocorrência:
Nome:	Palmira Gomes de Brito		Data de Nascimento:
Profissão:	Sexo:	fem	Doc. Ident:
End:	R. 1000 J. Almeida - Bairro Costa		Nº do SUS: 1658306228400061
Responsável:	Adriano da Luz Aguiar		
End/Fone:			

Tipo do Atendimento: Acidente de trânsito: ☒ Acidente de Trabalho: ☐  
 Agressão: ☐ Consulta: ☐

PA: ☐ PECO: ☐ Temperatura:

Histórico e Exame Físico: *Leve dor torácica -  
 dor de punho / dor de dente*

Tratamento: *Aciclovir 400mg C/ 12h e T-cido*



Impressão Diagnóstica:

Destino do Paciente: Removido para Hospitais: ☐ Residência: ☐ Internado: ☐ Transferido: ☐

Óbito às \_\_\_\_\_ horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:







**HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES**  
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

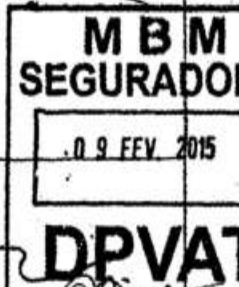


## BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº 45

Data e Hora: <u>13.03.13</u>	<u>09.03</u>	Data Nasc.: <u>03/06/85</u>
Nome: <u>ROSELIANIA GOMES DE BRITO</u>		
Mãe: <u>M. do Socorro de Brito</u>		
Profissão: <u>Estudante</u>	Sexo: <u>F</u>	Doc. Ident.: <u>8875900045</u>
Responsável: <u>a mesma</u>		
End do Paciente / Fone: <u>João de Almeida - S/N - Costa - Afogados PE</u>		
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/>		
Agressão <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/>		

Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:	Peso:
História e Exame Físico: <u>ferimentos externos e</u> <u>univ. 1/3 univ. - 2</u> <u>vt univ.</u>			



Tratamento:
<u>1º Wound - 1º wound</u>
<u>2º Wound - 2º wound</u>
<u>3º Wound - 3º wound</u>
<u>4º Wound - 4º wound</u>

Impressão Diagnóstica:
<u>univ. externa de 1cm x 7cm de ferida</u>
do Paciente: Residência <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Transferido <input type="checkbox"/>
para Hospital
hs do dia
Carimbo e CRM: <u>[Signature]</u>







Registro nº 1446 Data 13/03/13 Hora 9:40

Nome Regivania Gomes de Brito Data de Nascimento 03/06/85  
 Sexo F Idade 27 anos Cor Parde Estado Civil Solteira  
 Naturalidade Stº Cruz Baixa Verde - PE Profissão Estudante  
 Endereço R. Inus de Almeida s/n - Costa - Sogador PE  
 Filiação M do Socorro de Brito Jose Correia de Brito  
 Telefone ( ) \_\_\_\_\_ N.º Doc. (RG, CPF, CN, etc.) 8875900045  
 Trazido por Antonia Regivania Gomes de Brito - irmã  
 Endereço O mesmo Telefone ( ) \_\_\_\_\_

Local do Acidente \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_  
 Natureza do acidente ☐ Casual ☐ Tentativa Suicídio ☐ Acidente Trânsito  
☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Outras Causas  
☐ Agressão ☐ Acidente de Trabalho

*Victima de homicídio no trânsito  
 bem de família e movimento  
 Museu de Arte.*

**MBM**  
**SEGURADORA**  
 09 FEV 2015

*Mio: Humano de família  
 e bem de família  
 transporte*

**DPVAT**

Diagnóstico Provisório *Homicídio, vítima do mesmo bem de família  
 bem de família*

Conduta *Exame + exame*

Recepcionista

Dr Ito Pereira de A. Melo  
 CRM 8088  
 Médico - CREMEPE









NOME DO ELEITOR  
**ROSIVANIA GOMES DE BRITO**

DATA DE NASCIMENTO  
**03/06/1985**

MUNICÍPIO: UF  
**SANTA CRUZ DA RAIÇA V/PE**

JUIZ ELEITORAL  
**14/08/2002**

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAXAS BUREAU

**ROSIVANIA GOMES DE BRITO**

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTICA ELEITORAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **7111728**

NOME  
**ROSIVANIA GOMES DE BRITO**

PAI  
**Jose Correia de Brito**

MÃE  
**Maria do Socorro de Brito**

NATURALIDADE  
**Triunfo-PE**

DATA DE NASCIMENTO  
**03.06.1985**

DOC ORIGEM  
**C.Nasc. 6.981 I.50 Fl.222 Cart.**

**Triunfo-PE**

LEI Nº 116 DE 29/08/83

MINISTERIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

**054.812.204-07**

**ROSIVANIA GOMES DE BRITO**

**03/06/1985**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**ROSIVANIA GOMES DE BRITO**

CPF  
**054.812.204-07**

DATA DE NASCIMENTO  
**03/06/1985**

NOME  
**JOSE CORREIA DE BRITO**

MÃE  
**MARIA DO SOCORRO DE BRITO**

ACE  
**23**

PROVAÇÃO  
**05/05/2015**

VALIDAÇÃO  
**14/08/2009**

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

**869020507**

**09 FEV. 2015**

**DPVAT**

**M B M**

**SEGURADORA**

**09 FEV. 2015**

**DPVAT**





**Ministério da Fazenda**  
**Secretaria da Receita Federal do Brasil**

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 054.812.204-07

Nome da Pessoa Física: ROSIVANIA GOMES DE BRITO

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **16:35:13** do dia **06/02/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **B034.521D.892D.FBFC**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.



Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2015

Carta nº: 6401856

A/C: ROSIVANIA GOMES DE BRITO

Sinistro: 3150115530  
Vítima: ROSIVANIA GOMES DE BRITO  
Data Acidente: 13/03/2013  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 20 de Março de 2015

Carta nº: 6585189

A/C: ROSIVANIA GOMES DE BRITO

Sinistro: 3150115530  
Vítima: ROSIVANIA GOMES DE BRITO  
Data Acidente: 13/03/2013  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **ROSIVANIA GOMES DE BRITO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000914**

Conta: **0000078386-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.687,50

Multa:

R\$ 0,00

Juros:

R\$ 0,00

Total creditado:

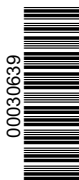
R\$ 1.687,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150115530 **Cidade:** Carnaíba **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROSIVANIA GOMES DE BRITO **Data do acidente:** 13/03/2013 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/02/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** FERIMENTO CORTO CONTUSO DE PERNA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO INSUFICIENTE PARA AVALIAR SEQUELA

## DANOS

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

## PRESTADOR

Visão Médica Ltda

**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150115530

**Cidade:** Carnaíba

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ROSIVANIA GOMES DE BRITO

**Data do acidente:** 13/03/2013

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA NA PERNA DIREITA, COM FERIMENTO EXTENSO LACERO-CONTUSO E PERDA DE SUBSTÂNCIA.

**Descrição do exame médico pericial:** APRESENTA RETRAÇÃO CICATRICIAL NA PERNA DIREITA, COMPROMETENDO E LIMITANDO A FLEXÃO DO JOELHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.

**Sequelas permanentes:** DANO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 03/03/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** FRANCISCO E MELO JR

**CRM do médico:** 15940

**UF do CRM do médico:** PE

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PRESTADOR

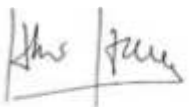
ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** HELIO LATERMAN

**CRM do médico:** 52.36046-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): **ROSIVANIA GOMES DE BRITO** Sinistro: **3150115530** Data: **13/03/2013**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO SAO JOSE DE PILATOS, 570 - CASA ZONA RURAL - Triunfo - PE - CEP 56870-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PE** ] **7111728**

Data local do exame: [ **03/03/2015** ] **Afogados da Ingazeira** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**TRAUMA NA PERNA DIREITA, COM FERIMENTO EXTENSO LACERO-CONTUSO E PERDA DE SUBSTÂNCIA. . APRESENTA RETRAÇÃO CICATRICIAL NA PERNA DIREITA, COMPROMETENDO E LIMITANDO A FLEXÃO DO JOELHO DIREITO.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**TRATAMENTO CIRÚRGICO.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**DANO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO.**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):  
**JOELHO DIREITO**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( **X** ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Dr. Francisco E. Melo Jr.

Osteopata e Traumatologista

CRM - 15940/TEOT-11.923

Membro Titular da Sociedade Brasileira de Osteopatia e Traumatologia (SBOT)

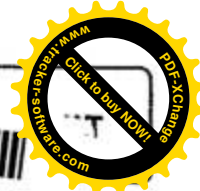
Casa de Saúde Dr. José Evoide - CRM: 15940 - PE





**DPVAT**





Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

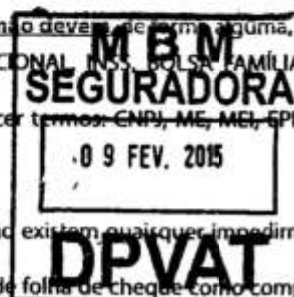
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU Rosivânia Gomes de Brito  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 7119728 EXPEDIDO POR SSP - PE EM 08/07/2002  
 CPF 064812204-07 / CNPJ 000000000-0000-00 PROFISSÃO Agricultora  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 400,00 ( ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Rosivânia Gomes de Brito. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem** de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se **não** for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
  - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.



**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

**PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)**

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

**PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)**

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0914-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 78386-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Flores, PE, 27 de Jan de 2015 Rosivânia Gomes de Brito  
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0...







DU-8





file:///C:/Users/PERMANÊNCIA/infopol/.../BOEP...html

24/01/2015



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 180ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARNAIBA -  
DP101ªCIRC DINTER2/20ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 15E0270000049**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/01/2015  
10:23

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia 13/3/2013 às 08:10

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARNAIBA, 1 - Bairro: CENTRO -  
CARNAIBA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: FABRICA DE  
CIMENTO**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

**DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)  
ROSIVANIA GOMES DE BRITO (VITIMA)**

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):  
ROSIVANIA GOMES DE BRITO**



**AUTENTICAÇÃO**  
Presente Cópia da Reprodução  
Fiel do Original Dou Fe. 15  
Fls. 01/01  
Ruthe Gomes  
Gerson Sales Santana  
TABELIAO  
Ruthe Gomes de F.

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

**ROSIVANIA GOMES DE BRITO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:  
MARIA DO SOCORRO DE BRITO Pai: JOSE CORREIA DE BRITO Data de Nascimento:  
3/5/1985 Naturalidade: TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8876506045/MT/PE  
(RG). 95481220407 (CPF). 04720228521 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º,  
GRAU COMPLETO Profissão: TECNICO AGRICOLA Telefones Celulares:  
- 8758338121**

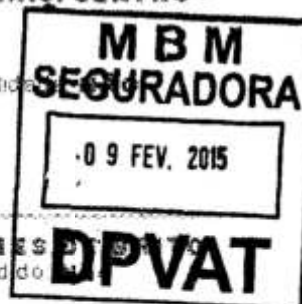
**Residência: SÍTIO SÃO JOSÉ DE PILOTOS, ENCRUZILHADA - TRIUNFO/PERNAMBUCO  
/BRASIL Próximo a: RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, 1 - CEP: 84060-000 - Bairro: CENTRO -  
TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL, ENCRUZILHADA**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade:  
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEICULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): ROSIVANIA GOMES DE BRITO  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS Objeto apreendido:  
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE)**

**Placa: PFD4647 (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE) Renavam: 392721199 Chassi:**





00000000000000000000

Ano Fabricação/Modelo: 2011/2012

## Complemento / Observação

DE ACORDO COM INFORMAÇÕES DA VÍTIMA, NA DATA CITADA, QUANDO TRANSITAVA DE MOTOCICLETA, NAS IMEDIAÇÕES DA FÁBRICA DE CIMENTO, LOCALIZADA NESTE MUNICÍPIO. DEPAROU-SE COM UM ACIDENTE NO ASOSTAMENTO, AO SEGUIR, UM MOTOCICLISTA QUE VINHA ATRAS, A ULTRAPASSOU DE VEZ, TOMANDO SUA FRENTE E FREOU PARA OBSERVAR O ACIDENTE. A VÍTIMA CHOCOU-SE NA TRASEIRA DO VEÍCULO, CAUSANDO UM FERIMENTO PROFUNDO NA PERNA DIREITA. O MOTOCICLISTA SEGUIU SEM PRESTAR SOCORRO. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR UM MOTORISTA QUE PASSAVA, E LEVAVA ATÉ O HOSPITAL DE CARNAÍBA. DE IMEDIATO, ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DE SERRA TALHADA-PE, ONDE FOI CIRURGIADA. CONTA QUE DURANTE UM ANO E OITO MESES FICOU IMPOSSIBILITADA DE REALIZAR SUAS TAREFAS DIÁRIAS, INCLUSIVE DE TRABALHAR.

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

B.O. registrado por: *[assinatura]* RENATA JANAÍNA B. VASCONCELOS - MAT. 273.627-6 -  
Matrícula: 273.627-6

*x Rosivânia gomes da Silva*





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Rosivânia Gomes de Brito, portador da carteira de identidade nº 7111728 e inscrito no CPF/MF sob o nº 054812204-07, residente e domiciliado na Vila São José de Pilotos - Inaugilhada, Cidade Triunfo, Estado PE, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Rosivânia Gomes de Brito

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Flora, PE 27 de janeiro de 2015

Local e data



Registaro Municipal



Secretaria Municipal de Saúde

Hospital Municipal Dr. José Dantas Filho

# BOM DIA DEFENSORIA

Data e Hora:	13-03-13	09:12	Nº Ocorrência:
Nome:	Rafaela Gomes de Brito		Data de Nascimento:
Profissão:	Sexo:	fem	Doc. Ident:
End:	R. José de Almeida - Bairro Costa		Nº do SUS:
Responsável:	Fidelis da Lages		
End/Fone:			
Tipo do Atendimento:	Acidente de trânsito <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Agresão <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/>		
PA:	PESO:	Temperatura:	
Histórico e Exame Físico:			
Tratamento: <i>Leve deo caplar -          Poder deo fumaça / Acar de dnt          Lacerar, fumaça / Leve e fumaça</i>			
<div data-bbox="1139 1420 1442 1720" data-label="Image"> </div>			
Impressão Diagnóstica:			
Destino do Paciente			
Removido para Hospitais	Residência	Internado	Transferido
Óbito às ____ horas do dia			

Medico - Carimbo e CRM:

comprovação de Ato declaratório



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rosivânia Gomes de Brito

RG nº 7111728, data de expedição 08/07/2002 Órgão SSP - PE,

CPF nº 054812204-07, venho perante a este instrumento declarar que não possui comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio São José de Pilotos - Incruzilhada</u>
Número	<u>570</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Triunfo</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>56870-000</u>
Telefone de Contato	<u>(87) 9935-5533 / (87) 9809-7509 / (87) 3857-1815</u>
E-mail	<u>Tinheoemilia@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Flores, PE 27 de fevereiro de 2015

Assinatura do Declarante: x Rosivânia Gomes de Brito





# 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: 16/03/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSIVANIA GOMES DE BRITO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000078386-3

---

Nr. da Autenticação 309A976C8798ADFE