

**RELATORIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE ( TOTAL OU PARCIAL)****DECLARAÇÃO DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)****DATA DO ACIDENTE:**

18-09-2018

**DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:**

18-09-2018

**NOME COMPLETO DA VITIMA:**

ANTONIO EUFALDO DE VASCONCELOS

**LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:**

Dor e edema em PUNHO DIREITO

Raiox APRESENTA FRATURA DE PUNHO DIREITO

**DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS:**

- 1º PACIENTE COM DOR EM REGIÃO DO PUNHO D
- 2º FOI REALIZADO FISIOTERAPIA MOTORA E ACUPUNTURA
- 3º TRATAMENTO COM APARELHO CESSADO APÓS 8 MESES

**ALTA MÉDICA?** SIM  NÃO

ALTA MÉDICA DEFINITIVA

**EXISTE ALGUM DEFEITO 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 ANATOMICO OU ÓRGÃO AFETADO**

- 1º DIFICULDADE NO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, SUPINACÃO E PRONACÃO
- 2º APÓS OS TRATAMENTOS CITADOS NÃO OBTIVE MELHORIA COM COMPROMETIMENTO NOS MOVIMENTOS EM 50%.

**AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE**

A

**E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS**

Elaine Ribeiro  
Médico  
CRM-PE 24.649

**LOCAL** RECIFE**DATA** 19-09-2019**ASSINATURA E CARIMBO**

















**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETTRAN - PE** **Nº 013727544669**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA	ÓDO: RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO:
1	126606439	*****	2018
NOME			
CLAUDIO MARCIO DOS SANTOS			
CARUARU - PE			
046.343.874-41		PLACA	
***** /PE		KLM4772	
CHASSI:		9C2KC15109R021005	
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS /MOTOCICLETA		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA / CG 150 TITAN XS		2009	2009
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	
2P / 149CL		PARTIC	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
I	IPVA 2018 QUITADO	1*	*****
P		2*	*****
V		3*	*****
A			
PÁXA IPVA		PARCELAMENTO / COTAS	
*****			
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO			
SEGURÓ PAGO			
OBRIGATÓRIO			
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO			
NÃO É USO PARA TRANSFERÊNCIA			
CARUARU		DATA	26/02/18
Charles Andrews Sousa Ribeiro Diretor-Presidente DETRAN			

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETTRAN - PE** **Nº 013727544669**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA	ÓDO: RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO:
1	126606439	*****	2018
NOME			
CLAUDIO MARCIO DOS SANTOS			
CARUARU - PE			
0		0	
CPF / CNPJ		PLACA	
046.343.874-41		KLM4772	
PLACA ANT / UF		CHASSI	
***** /PE		9C2KC15109R021005	
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS /MOTOCICLETA		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA / CG 150 TITAN XS		2009	2009
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	
2P / 149CL		PARTIC	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
IPVA 2018 QUITADO		VENC / COTAS	
PADA IPVA		PARCELAMENTO / COTAS	
I		*****	
V		*****	
A		*****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)
SEGURÓ PAGO			
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO			
NÃO É USO PARA TRANSFERÊNCIA			
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
Assinatura			
CARUARU		Local	Data
			26/02/18
Charles Andrews Sousa Ribeiro Ditador Presidente DETRAN			



**FISIO & RAD**  
DIAGNÓSTICOS

RECEITUÁRIO

Pt

Antonio Evinaldo da Vencenho

Realizou fisioterapia motora + acupuntura, onde o mesmo aponta dor e limitação de ADM em punho D. fazendo com que impossível de realizar atividades de vida funcional, solicita avaliação com médico por favor.

36-04-2019

219975-F  
Wellington Lopes  
Fisioterapia Geral  
219975-F

Rua do Rosário, nº 149 Centro, Bezerros PE

81 991783098/ 81 4105-1202

CNPJ: 29.122.614/0001-28

Email: fisioeraddiagnosticos@hotmail.com



<b>FICHA DE ATENDIMENTO</b>		<b>CARTÃO DO SUS:</b>		<b>REGISTRO:</b> 883 987
<b>DATA:</b> 18.09.2018	<b>HORA:</b> 07:45			<b>TELEFONE:</b>
<b>NOME:</b> Antônio Elenaldo de Vaz e Melo			<b>IDADE:</b> 40	
<b>NOME DA MÃE:</b> Maria Terezinha dos Reis Vaz e Melo				
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b> 19.11.127	<b>ACOMPANHANTE:</b>			
<b>END.:</b> Rua Damião			<b>BAIRRO:</b> São Francisco N. COLA	
<b>CIDADE:</b> Bezerros	<b>SINAIS VITAIS</b>		2016/17	
<b>PA:</b> 100x60	<b>mmHg</b>	<b>HGT:</b> -	<b>mg/dL</b>	<b>T:</b> - °C
				<b>PESO:</b> 65 kg
				Téc. Enfermagem/COREN

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ ADULTO**

**I – Sinais de Emergência imediata**

**CLASSIFICAR COMO VERMELHO**

1. O Apneia O Cianose O Estridor O FC<50 ou >140bpm O FR <10 ou >32 irpm
2. O Extremidades frias O Enchimento capilar letificado O Pulo fraco ou ausente O PCR O Sudorese
3. O PAS < 80 ou >200mmhg O PAD < 40 ou > 130 mmhg HGT < 40 ou > HI mg/dl O Convulso no momento
4. O Politraumatismo/Glasgow <= 12 O Letargia O Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
5. O Intoxicação exógena O PAF O PAB O Sangramento intenso
6. O Broncoespasmo O Anafilaxia associada à insuficiência respiratória

**II – Sinais de urgência – Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação**

**CLASSIFICAR COMO AMARELO**

1. O Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15, O TCE leve O PAS < 90 ou >180mmhg O PAD < 50 ou > 110mmhg sem sintomas
2. O Febre > 39°C O Febre com imunodepressão O Histórico de convulsão nas últimas 24 horas O Impossibilidade de desambulação
3. O Tédio pastoso O Mucosas ressecadas O Vômitos no momento
4. O Queimaduras de 1º e 3º graus não críticas SCQ< 10% O Vítima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
5. O Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
6. O Dor Abdominal intensa O Dor Torácica intensa O Melena O Hematêmese O Enterorragia O Epistaxe
7. O Acidente perfuro-cortante com material biológico O Crise asmática

**III – Sem risco de morte – somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo**

**CLASSIFICAR COMO VERDE**

1. O Febre sem outros sinais clínicos < 39°C O Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
2. O Lombalgia intensa O Entorse, suspeita de fraturas, luxações
3. O Dor abdominal sem alterações de sinais vitais O Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
4. O Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação O Enxaqueca O Dor de ouvido moderada a grave
5. O História de convulsão sem alteração do nível de consciência O Abcesso O Intercrônicas ortopédicas

**IV – Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)**

**CLASSIFICAR COMO AZUL**

1. O Queixas crônicas sem alterações agudas O Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal O Coriza crônica ou recorrente
2. O Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
3. O Troca de curativos ou retiradas de pontos
4. O Administração de medicamento O Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
5. O Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional O Solicitação de exames e receitas não urgentes
6. O Constipação intestinal sem outros sintomas O Troca ou retirada de sonda

**CLASSIFICAÇÃO**

*Dor perna D  
após queda*

Alergias:  NÃO  SIM, à

*Enfermeira  
COREN PE249129*

Assinatura da enfermeira e carimbo

*Assinatura da Enfermeira de Sua*

Assinatura da Assistente Social e carimbo

**ENCAMINHADO:**

**ORIENTAÇÕES:**

Quelaxas:

dor opss traseiro pano aberto

Exame físico:

 dor à mobilização de pano aberto  
 dor entre costelas

H.D.:

Fracta de pano D - ciclote de Moto

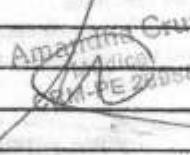
## CONDUTA/REAVALIAÇÃO/CONDUTA MEDICAÇÃO

Conduta: 1) fefosfato > 10

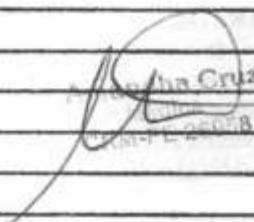
Y resto 08:31

2) dicloror &gt;

Y resto 08:31


 Isabela Kelly dos Santos  
 CRM-PE 158.644  
 COFEN 001 158.644

Tensibilizante da FSD (pano).



TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ÓBITO	ATESTADO
Consulta simples	Meilhora	Data: / /	SIM ( )
Consulta e/ Observação	Solicitação		NÃO ( )
Indicação (Internamento)	Transferência	Hora: _____	DIAS: _____
	Indisciplina		
	Óbito		

Data: / /

Hora: \_\_\_\_\_

  
 Médico - CREMEPE  
 (Carimbo)



**FISIO & RAD**  
DIAGNÓSTICOS

RECEITUÁRIO

Pt  
Pctu

Antonio Evinaldo da Vencenho

Realizou fisioterapia motora + acupuntura, onde o mesmo aponta dor e limitação de ADM em punho D. fazendo com que impossível de realizar atividades de vida funcional, solicita avaliação com médico por favor.

219975-F  
Wellington Lopes  
Dr. Wellington Lopes  
Fisioterapia Geral  
219975-F

36-04-2019

Rua do Rosário, nº 149 Centro, Bezerros PE

81 991783098/ 81 4105-1202

CNPJ: 29.122.614/0001-28

Email: fisioeraddiagnosticos@hotmail.com

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190378839      **Cidade:** Bezerros      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO EVERALDO DE      **Data do acidente:** 18/09/2018      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA  
VASCONCELOS

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

**Data da análise:** 24/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE PUNHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** P.1(RELATÓRIO) SINISTRO ANTERIOR (3180594608) COM MESMA DATA DE ACIDENTE DE SINISTRO ATUAL: SEM SEQUELA PELA AMD (13/05/2019). / SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

OUTORANTE: Antônio Everaldo de Vasconcelos  
brasileiro (a), estado civil casado, profissão me recuso, residente e  
domiciliado à Rua R. Dom Pedro II  
Nº 101, Bairro Centro, Município de Bezerra  
estado de PE, CEP 55660-000 portador (a) do RG Nº  
5636500 SSP/ 559 e CPF Nº 037.518.254-36

OUTORADO: Edvânia da Silva Santos  
brasileiro (a), estado civil casada, profissão me recuso, residente e  
domiciliado à Rua R. Dom Pedro II

Nº 101, Bairro Centro, Município de Bezerra  
estado de PE, CEP 55660-000 portador (a) do RG Nº  
6589204 SSP/ 505 e CPF Nº 062.444.394-23

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a)  
seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora  
do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de  
trânsito

o(a)

Sr(a)

Antônio Everaldo de Vasconcelos  
ocorrido em 18/09/18 conforme registrado pelo BO anexo ao  
processo. Podendo dito (a) procurador (a), representar o (a) outorgante como se o(a)  
próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar declarações de endereço,  
assinar autorização de pagamento/ crédito de indenização de Sinistro DPVAT, para o  
pagamento de quitação da indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar  
todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos  
necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Saíó-PE, 14 de Novembro 2018

Antônio Everaldo de Vasconcelos

OUTORANTE

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE SAIRÉ Titular: MARCOS TIMÓTEO TORRES E SILVA Telefone: (87) 99945-4450
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de: ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS, Dou fé. MARCOS TIMÓTEO TORRES E SILVA - Tabelião Público 14 de novembro de 2018. Emolumentos: R\$ 3,58 TSNR: R\$ 0,80 FERC: R\$ 0,40 ISS: R\$ 0,40 / TOTAL: R\$ 4,79
Selo: 0159574.WNZ11201801.00137 14/11/2018 16:27:38 Consulte autenticidade em <a href="http://www.tjpe.jus.br/seledigital">www.tjpe.jus.br/seledigital</a>

OUTORANTE: Antônio Everaldo de Vasconcelos  
brasileiro (a), estado civil casado, profissão me recuso, residente e  
domiciliado à Rua R. Dom Pedro II  
Nº 101, Bairro Centro, Município de Bezerra  
estado de PE, CEP 55660-000 portador (a) do RG Nº  
5636500 SSP/ 559 e CPF Nº 037.518.254-36

OUTORADO: Edvânia da Silva Santos  
brasileiro (a), estado civil casada, profissão me recuso, residente e  
domiciliado à Rua R. Dom Pedro II

Nº 101, Bairro Centro, Município de Bezerra  
estado de PE, CEP 55660-000 portador (a) do RG Nº  
6589204 SSP/ 505 e CPF Nº 062.444.394-23

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a)  
seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora  
do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de  
trânsito

o(a)

Sr(a)

Antônio Everaldo de Vasconcelos  
ocorrido em 18/09/18 conforme registrado pelo BO anexo ao  
processo. Podendo dito (a) procurador (a), representar o (a) outorgante como se o(a)  
próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar declarações de endereço,  
assinar autorização de pagamento/ crédito de indenização de Sinistro DPVAT, para o  
pagamento de quitação da indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar  
todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos  
necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Saíó-PE, 14 de Novembro 2018

Antônio Everaldo de Vasconcelos

OUTORANTE

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE SAIRÉ Titular: MARCOS TIMÓTEO TORRES E SILVA Telefone: (87) 99945-4450
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de: ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS, Dou fé. MARCOS TIMÓTEO TORRES E SILVA - Tabelião Público 14 de novembro de 2018. Emolumentos: R\$ 3,58 TSNR: R\$ 0,80 FERC: R\$ 0,40 ISS: R\$ 0,40 / TOTAL: R\$ 4,79
Selo: 0159574.WNZ11201801.00137 14/11/2018 16:27:38 Consulte autenticidade em <a href="http://www.tjpe.jus.br/seledigital">www.tjpe.jus.br/seledigital</a>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455961/18

**Número do Sinistro:** 3180594608

**Vítima:** ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

**CPF:** 037.518.254-36

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/09/2018

**Titular do CPF:** ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

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

**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/05/2019  
Nome: EDVANIA DA SILVA SANTOS  
CPF: 062.474.394-23

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/05/2019  
Nome: VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR  
CPF: 024.548.534-18

EDVANIA DA SILVA SANTOS

VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455961/18

**Vítima:** ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

**CPF:** 037.518.254-36

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/09/2018

**Titular do CPF:** ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### EDVANIA DA SILVA SANTOS : 062.474.394-23

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

### ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS : 037.518.254-36

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**  
**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/12/2018  
Nome: EDVANIA DA SILVA SANTOS  
CPF: 062.474.394-23

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2018  
Nome: VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR  
CPF: 024.548.534-18

EDVANIA DA SILVA SANTOS

VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455961/18

**Número do Sinistro:** 3180594608

**Vítima:** ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

**CPF:** 037.518.254-36

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/09/2018

**Titular do CPF:** ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**EDVANIA DA SILVA SANTOS : 062.474.394-23**

Comprovante de residência

**ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS : 037.518.254-36**

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/12/2018  
Nome: EDVANIA DA SILVA SANTOS  
CPF: 062.474.394-23

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2018  
Nome: VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR  
CPF: 024.548.534-18

---

EDVANIA DA SILVA SANTOS

---

VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455961/18

**Vítima:** ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

**CPF:** 037.518.254-36

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/09/2018

**Titular do CPF:** ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### EDVANIA DA SILVA SANTOS : 062.474.394-23

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

### ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS : 037.518.254-36

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**  
**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/12/2018  
Nome: EDVANIA DA SILVA SANTOS  
CPF: 062.474.394-23

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2018  
Nome: VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR  
CPF: 024.548.534-18

EDVANIA DA SILVA SANTOS

VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0201195/19

**Vítima:** ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

**CPF:** 037.518.254-36

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/09/2018

**Titular do CPF:** ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### EDVANIA DA SILVA SANTOS : 062.474.394-23

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

### ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS : 037.518.254-36

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/06/2019  
Nome: EDVANIA DA SILVA SANTOS  
CPF: 062.474.394-23

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/06/2019  
Nome: VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR  
CPF: 024.548.534-18

EDVANIA DA SILVA SANTOS

VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0201195/19

**Número do Sinistro:** 3190378839

**Vítima:** ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

**CPF:** 037.518.254-36

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/09/2018

**Titular do CPF:** ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**EDVANIA DA SILVA SANTOS : 062.474.394-23**

Comprovante de residência

**ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS : 037.518.254-36**

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/06/2019  
Nome: EDVANIA DA SILVA SANTOS  
CPF: 062.474.394-23

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/06/2019  
Nome: VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR  
CPF: 024.548.534-18

---

EDVANIA DA SILVA SANTOS

---

VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455961/18

**Número do Sinistro:** 3180594608

**Vítima:** ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

**CPF:** 037.518.254-36

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/09/2018

**Titular do CPF:** ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## ATENÇÃO

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

**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/04/2019  
Nome: EDVANIA DA SILVA SANTOS  
CPF: 062.474.394-23

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/04/2019  
Nome: VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR  
CPF: 024.548.534-18

---

EDVANIA DA SILVA SANTOS

---

VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR

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

---

Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190378839**

**Vítima: ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS**

**Data do Acidente: 18/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDVANIA DA SILVA SANTOS**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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



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

---

Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190378839**

**Vítima: ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS**

**Data do Acidente: 18/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDVANIA DA SILVA SANTOS**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 25 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190378839**

**Vítima: ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS**

**Data do Acidente: 18/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDVANIA DA SILVA SANTOS**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 11 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190378839**

**Vítima: ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS**

**Data do Acidente: 18/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDVANIA DA SILVA SANTOS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

**Recebedor: ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS**

**Valor: R\$ 843,75**

**Banco: 001**

**Agência: 000001643-8**

**Conta: 0000019028-4**

**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.

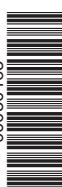
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

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

**Número do Sinistro:** 3190378839

**Nome do(a) Examinado(a):** ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

**Endereço do(a) Examinado(a):** RUA DOM PEDRO II, 101 - PE/PE - CEP 55660-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 5636500 - SDS PE

**Data e Local do Acidente :** 18/09/2018

**Data e Local do Exame :** 28/06/2019 CLINICA AVANCE - RUA NOSSA SENHORA DE FATIMA, 350 - CARUARU/PE - CEP 55012-600

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

Fratura do rádio distal direito.

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

Quadro submetido a tratamento conservador. Realizou fisioterapia da qual recebeu alta há dois meses.

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

Ao exame : Redução da amplitude de movimento do punho direito.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [ ] Não**

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

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

Dano funcional do punho direito.

**VII. Segundo 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 (\*).**

Vide motivo do impedimento no campo das observações

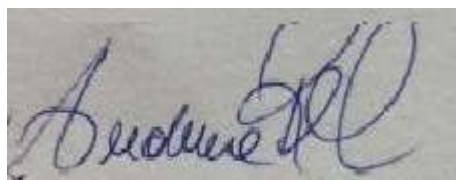
“Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

“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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.**

Região Corporal	Região Corporal
punho direito	
% do Dano <input type="checkbox"/> 10% residual <input checked="" type="checkbox"/> 25% leve	% do Dano <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo	<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo
Região Corporal	Região Corporal
% do Dano <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve	% do Dano <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo	<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo

**VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**  
Dano funcional do punho direito. 25%



---

ANDREA RODRIGUES MADEIRA CRM : 19953 / UF :PE

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro no ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

037.518.254-36 **Antonio Everaldo de Vasconcelos**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

**Antonio Everaldo de Vasconcelos**

CPF:

**037.518.254-36**

Profissão:

**recurso**

Endereço:

**R. Dom Pedro II**

Número:

**101**

Bairro:

**Centro**

Cidade:

**Bragança**

Estado:

**PE**

CEP:

**5636500**

Tel.(DDD):

**(81)99456-0670**

E-mail:

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECLUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (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: **Banco do Brasil**

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: **1643**

CONTA: **19.028**

**4**

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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

## 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 por invalidez permanente, uma vez que **assinei uma das opções:**

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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes, decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (não nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Instrumento  
especial de  
representação  
de beneficiário  
ou declarante

Local e Data: **Bragança 07/12/18**

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

**Antonio Everaldo de Vasconcelos**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

[\*] A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do intuito teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

037.518.254-36 *Antonio Everaldo de Vazconcelos*

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

Nome completo:

*Antonio Everaldo de Vazconcelos*

CPF:

037.518.254-36

Profissão:

*recurso*

Endereço:

*R. Dom Pedro II*

Número:

*101*

Complemento:

Bairro:

*Centro*

Cidade:

*Bezerra*

Estado:

*PE*

CEP:

*5636500*

Tel.(DDD):

*(81)99456-0670*

E-mail:

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

RENDAS CADASTRAIS

RECURSO INFORMAR  SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (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: *Banco do Brasil*

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA:

*1643*

CONTA:

*19.028*

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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

## 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 por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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 259 do Código Penal.

INFORMAÇÕES DIGITAIS DA VÍTIMA DO SINISTRO  
Assinatura digitalizada

Local e Data: *Bezerra 07/12/18*

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

*Antonio Everaldo de Vazconcelos*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

[\*] A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprovarão-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 097ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOAQUIM DO MONTE -  
DP97ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0187000782**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/12/2018** às **12:30**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **18/9/2018** às **07:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ALCIDES DE ANDRADE LIMA, 01** - Bairro: **CENTRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **FUNERARIA SOUZA**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

/// ( AUTOR \ AGENTE )  
ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS ( VITIMA )



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

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

/// - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

**ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA IZAURINETE DA SILVA VASCONCELOS** Pai: **RAMIRO EUTAQUIO DE VASCONCELOS** Data de Nascimento: **14/11/1977** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5636500/SDS/PE (RG), 03751825436 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BEZERROS, , RUA DOM PEDRO II - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN KS** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLM4772** (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: **126606439** Chassi: **9C2KC15109R021005**  
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**  
Descrição: **PROPRIETARIO: CLAUDIO MARCIO DOS SANTOS**

Complemento / Observação

O SENHOR ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS PASSA A DECLARAR QUE NA DATA, HORARIO E LOCAL ACIMA DESCrito ELE VITIMA CONDUZIA A MOTOCICLETA EM QUESTÃO, QUANDO OUTRA MOTOCICLETA CONDUZIDA POR ALGUEM DESCONHECIDO AO LHE ULTRAPASSAR COLIDIU NA LATERAL DE MOTOCICLETA CONDUZIDA PELA VITIMA OCASIÃO QUE ELE VITIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA CAINDO EM SEGUIDA AO CHÃO; SENDO ELE VITIMA SOCORRIDO POR POPULARES, E LEVADO A UNIDADE MISTA SÃO JOSE (HOSPITAL MUNICIPAL) LOCAL ESTE ONDE FORA ATENDIDO CONFORME CONSTA NA FICHA DE N° 883.987, ASSINADA PELA MÉDICA DRA. AMANDHA CRUZ, CRM - PE 26958, DOCUMENTAÇÃO ESTA APRESENTADA PELA PRÓPRIA VITIMA, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

*Antônio Everaldo de Vasconcelos*  
ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 097ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOAQUIM DO MONTE -  
DP97ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0187000782**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/12/2018** às **12:30**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **18/9/2018** às **07:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ALCIDES DE ANDRADE LIMA, 01** - Bairro: **CENTRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **FUNERARIA SOUZA**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

/// ( AUTOR \ AGENTE )  
ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS ( VITIMA )



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

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

/// - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

**ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA IZAURINETE DA SILVA VASCONCELOS** Pai: **RAMIRO EUTAQUIO DE VASCONCELOS** Data de Nascimento: **14/11/1977** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5636500/SDS/PE (RG), 03751825436 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BEZERROS, , RUA DOM PEDRO II - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN KS** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLM4772** (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: **126606439** Chassi: **9C2KC15109R021005**  
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**  
Descrição: **PROPRIETARIO: CLAUDIO MARCIO DOS SANTOS**

Complemento / Observação

O SENHOR ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS PASSA A DECLARAR QUE NA DATA, HORARIO E LOCAL ACIMA DESCrito ELE VITIMA CONDUZIA A MOTOCICLETA EM QUESTÃO, QUANDO OUTRA MOTOCICLETA CONDUZIDA POR ALGUEM DESCONHECIDO AO LHE ULTRAPASSAR COLIDIU NA LATERAL DE MOTOCICLETA CONDUZIDA PELA VITIMA OCASIÃO QUE ELE VITIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA CAINDO EM SEGUIDA AO CHÃO; SENDO ELE VITIMA SOCORRIDO POR POPULARES, E LEVADO A UNIDADE MISTA SÃO JOSE (HOSPITAL MUNICIPAL) LOCAL ESTE ONDE FORA ATENDIDO CONFORME CONSTA NA FICHA DE N° 883.987, ASSINADA PELA MÉDICA DRA. AMANDHA CRUZ, CRM - PE 26958, DOCUMENTAÇÃO ESTA APRESENTADA PELA PRÓPRIA VITIMA, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

*Antônio Everaldo de Vasconcelos*  
ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do anexo no ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

037.518.254-36 *Antonio Everaldo de Vazconcelos*

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

Nome completo:

*Antonio Everaldo de Vazconcelos*

CPF:

037.518.254-36

Profissão:

*tricurso*

Endereço:

*R. Dom Pedro II*

Número:

101

Bairro:

*Centro*

Cidade:

*Braguas*

Estado:

PE

CEP:

5636500

E-mail:

Tel. (DDD):

(81)99456-0670

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

RENDIMENTO MENSAL:

REQUISITO INFORMAR  
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Sume-se 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: *Banco do Brasil*

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA:

*1643*

CONTA:

*19.028*

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob os termos da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que assinei uma das opções:

Não há IML que atende 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.

Pelo motivo acima citado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grado de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avôs vivos?  Sim  Não Vítima deixou pais/avôs vivos?  Sim  Não

Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avôs vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem 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 239 do Código Penal.

Local e Data: *Braguas 07/12/18*  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

*Antonio Everaldo de Vazconcelos*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

[\*] A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprovando-se a data, hora e local do ato, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



<b>FICHA DE ATENDIMENTO</b>		<b>CARTÃO DO SUS:</b>		<b>REGISTRO:</b> 883 987
<b>DATA:</b> 18.09.2018	<b>HORA:</b> 07:45			<b>TELEFONE:</b>
<b>NOME:</b> Antônio Elenaldo de Vaz e Melo			<b>IDADE:</b> 40	
<b>NOME DA MÃE:</b> Maria da Conceição dos Siqueira Vaz e Melo				
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b> 1977/07/27	<b>ACOMPANHANTE:</b>			
<b>END.:</b> Rua Damião			<b>BAIRRO:</b> São Francisco N. 101A	
<b>CIDADE:</b> Bezerros				
<b>PA:</b> 100x60	<b>mmHg</b>	<b>HGT:</b> -	<b>mg/dL</b>	<b>T:</b> - °C
<b>SINAIS VITAIS</b>				
<b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ ADULTO</b>				

**I – Sinais de Emergência imediata**

**CLASSIFICAR COMO VERMELHO**

1. O Apneia O Cianose O Estridor O FC<50 ou >140bpm O FR <10 ou >32 irpm
2. O Extremidades frias O Enchimento capilar letificado O Pulo fraco ou ausente O PCR O Sudorese
3. O PAS < 80 ou >200mmhg O PAD < 40 ou > 130 mmhg HGT < 40 ou > HI mg/dl O Convulso no momento
4. O Politraumatismo/Glasgow <= 12 O Letargia O Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
5. O Intoxicação exógena O PAF O PAB O Sangramento intenso
6. O Broncoespasmo O Anafilaxia associada à insuficiência respiratória

**II – Sinais de urgência – Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação**

**CLASSIFICAR COMO AMARELO**

1. O Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15, O TCE leve O PAS < 90 ou >180mmhg O PAD < 50 ou > 110mmhg sem sintomas
2. O Febre > 39°C O Febre com imunodepressão O Histórico de convulsão nas últimas 24 horas O Impossibilidade de desambulação
3. O Turgor pastoso O Mucosas ressecadas O Vômitos no momento
4. O Queimaduras de 1º e 3º graus não críticas SCQ< 10% O Vítima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
5. O Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
6. O Dor Abdominal intensa O Dor Torácica intensa O Melena O Hematêmese O Enterorragia O Epistaxe
7. O Acidente perfuro-cortante com material biológico O Crise asmática

**III – Sem risco de morte – somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo**

**CLASSIFICAR COMO VERDE**

1. O Febre sem outros sinais clínicos < 39°C O Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
2. O Lombalgia intensa O Entorse, suspeita de fraturas, luxações
3. O Dor abdominal sem alterações de sinais vitais O Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
4. O Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação O Enxaqueca O Dor de ouvido moderada a grave
5. O História de convulsão sem alteração do nível de consciência O Abcessos O Intercorrências ortopédicas

**IV – Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)**

**CLASSIFICAR COMO AZUL**

1. O Queixas crônicas sem alterações agudas O Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal O Coriza crônica ou recorrente
2. O Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
3. O Troca de curativos ou retiradas de pontos
4. O Administração de medicamento O Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
5. O Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional O Solicitação de exames e receitas não urgentes
6. O Constipação intestinal sem outros sintomas O Troca ou retirada de sonda

**CLASSIFICAÇÃO**

*Dor perna D  
após queda*

Alergias:  NÃO  SIM, à

*Enfermeira  
COREN PE249129*

Assinatura da enfermeira e carimbo

*Assinatura da Enfermeira de Sua*

Assinatura da Assistente Social e carimbo

**ENCAMINHADO:**

**ORIENTAÇÕES:**

Quelaxas:

dor opss traseiro pano aberto

Exame físico:

 dor à mobilização de pano aberto  
 dor entre costelas

H.D.:

Fracta de pano D - ciclote de Moto

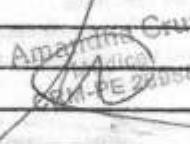
## CONDUTA/REAVALIAÇÃO/CONDUTA MEDICAÇÃO

Conduta: 1) fefosfato > TIR

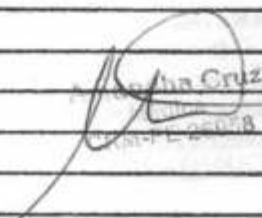
Y resto 08:31

2) dicloror &gt;

Y resto 08:31


 Isabela Kelly dos Santos  
 CRM-PE 158.644  
 COFEN 001 158.644

Tensibilizante da FSD (pano).



TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ÓBITO	ATESTADO
Consulta simples	Meilhora	Data: / /	SIM ( )
Consulta e/ Observação	Solicitação		NÃO ( )
Indicação (Internamento)	Transferência	Hora: _____	DIAS: _____
	Indisciplina		
	Óbito		

Data: / /

Hora: \_\_\_\_\_

  
 Médico - CREMEPE  
 (Carimbo)

# 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: 04/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01643-8

CONTA: 000000019028-4

---

Nr. da Autenticação 3AAEB245D190FB66

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

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



**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  MARIA JOSE PEREIRA DE LIMA  CPF: 367.007.704-91	DATA DE VENCIMENTO  <b>08/01/2018</b>  TOTAL A PAGAR (R\$)  <b>0,00</b>	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL  <b>29/12/2017</b>  DATA DA APRESENTAÇÃO  <b>29/12/2017</b>  NÚMERO DA NOTA FISCAL  <b>003651513</b>	CONTA CONTRATO  <b>007007411884</b>  Nº DO CLIENTE  <b>2000419342</b>  Nº DA INSTALAÇÃO  <b>0005179876</b>
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  RUA DOM PEDRO II 101  CENTRO/BEZERROS 55660-000 BEZERROS PE	CLASSIFICAÇÃO  <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b>  <b>Monofásico</b>		
RESERVADO AO FISCO  <b>4795.5DE5.6A45.3701.B35B.A536.F061.B8B9</b>			

## DESCRICAO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)					
Consumo Ativo(kWh)	136,00	0,68681727	93,40					
Acréscimo Bandeira VERMELHA			5,96					
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,89					
Multa por atraso-NF 003638330 - 30/10/17			1,36					
Juros por atraso-NF 003638330 - 30/10/17			0,63					
Atualização IGPM-NF 003638330 - 30/10/17			0,33					
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>107,57</b>					
<b>INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS</b>								
<b>ICMS</b>		<b>PIS</b>						
<b>BASE DE CÁLCULO</b>	<b>%</b>	<b>VALOR DO IMPOSTO</b>	<b>BASE DE CÁLCULO</b>	<b>%</b>	<b>VALOR DO IMPOSTO</b>	<b>BASE DE CÁLCULO</b>	<b>%</b>	<b>VALOR DO IMPOSTO</b>
99,36	25,00	24,84	99,36	0,90	0,89	99,36	4,16	4,13

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO	
Pague no ponto mais perto de voce! ag correios biritinga: rua martins junior centro / dioni atelie: av prf amaral 80 sao sebastiaoLista completa em <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a> ."		TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a> .		MÍNIMO	MÁXIMO
		220	202
			231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

## DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007007411884	12/2017	0,00	08/01/2018	

## FATURA PAGA

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

**Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este canhoto será usado em leitora ótica.**

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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARIA JOSE PEREIRA DE LIMA  
CPF: 367.007.704-91

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DOM PEDRO II 101  
CENTRO/BEZERROS  
55660-000 BEZERROS PE

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](http://www.celpe.com.br)

DATA DE VENCIMENTO

**08/01/2018**

TOTAL A PAGAR (R\$)

**0,00**

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

**29/12/2017**

DATA DA APRESENTAÇÃO

**29/12/2017**

NÚMERO DA NOTA FISCAL

**003651513**

CONTA CONTRATO  
**007007411884**

Nº DO CLIENTE  
2000419342

Nº DA INSTALAÇÃO  
0005179876

CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL**  
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

**4795.5DE5.6A45.3701.B35B.A536.F061.B8B9**

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	136,00	0,68681727	93,40
Acréscimo Bandeira VERMELHA			5,96
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,89
Multa por atraso-NF 003638330 - 30/10/17			1,36
Juros por atraso-NF 003638330 - 30/10/17			0,63
Atualização IGPM-NF 003638330 - 30/10/17			0,33
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>107,57</b>

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Venceto	Dt Reav	Valor
06/12/17	29/12/17	96,66

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Aneel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,48036000	kWh	
DEZ	17	136	
NOV	17	115	
OUT	17	91	
SET	17	87	
AGO	17	74	
JUL	17	59	
JUN	17	105	
MAI	17	122	
ABR	17	128	
MAR	17	152	
FEV	17	116	
JAN	17	96	
DEZ	16	109	
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
Geração de Energia	29,57	29,76	
Transmissão	2,69	2,71	
Distribuição (Celpe)	22,21	22,35	
Encargos Setoriais	8,37	8,42	
Tributos	29,85	30,05	
Perdas de Energia	6,67	6,71	
TOTAL	99,36	100	

ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOR	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOR	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOR			
99,36	25,00	24,84	99,36	0,90	0,89	99,36	4,16	4,13

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRÍÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
out/2017					
DIC-No.de horas sem Energia	BEZERROS	0,00	5,79	11,58	23,16
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,36	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,37	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 33,68					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios birittinga: rua martins junior centro / dioni ateliê: av prf amaral 80 sao sebastiao.lista completa em [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)."  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.  
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
220	202
231	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
<b>007007411884</b>	<b>12/2017</b>	<b>0,00</b>	<b>08/01/2018</b>	

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este canhoto será usado em leitora ótica.

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

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



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

DADOS DO CLIENTE MARIA JOSE PEREIRA DE LIMA CPF: 367.007.704-91	DATA DE VENCIMENTO <b>14/12/2018</b> TOTAL A PAGAR (R\$) <b>0,00</b>	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 07/12/2018 DATA DA APRESENTAÇÃO 07/12/2018 NÚMERO DA NOTA FISCAL 041478887	CONTA CONTRATO <b>007007411884</b> Nº DO CLIENTE 2000419342 Nº DA INSTALAÇÃO 0005179876
ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA DOM PEDRO II 101 CENTRO/BEZERROS 55660-000 BEZERROS PE	CLASSIFICAÇÃO <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> Monofásico		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a>	RESERVADO AO FISCO <b>65D6.4564.3BFF.E440.9602.C43D.7570.6AFF</b>		

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	129,00	0,73875354	95,29
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,40
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,89
ICMS Subvenção-CDE-NF 033924631-04/10/18			0,70
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>103,28</b>
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			
ICMS	PIS	COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%
96,69	25,00	96,69	0,79
96,69	24,17	0,76	
96,69	3,61	96,69	
96,69	3,49		

**Tarifas Aplicadas**

Consumo Ativo(kWh)	0,52156000
--------------------	------------

**HISTÓRICO DO CONSUMO**

		kWh
DEZ	18	129
NOV	18	142
OUT	18	117
SET	18	
AGO	18	101
JUL	18	96
JUN	18	76
MAI	18	94
ABR	18	100
MAR	18	128
FEV	18	125
JAN	18	142
DEZ	17	136

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000000091184346	CAT	06/11/2018 8.600,00	07/12/2018 8.729,00	31	1,00000	0,00	129,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/01/2019							
out/2018							
DIC-No.de horas sem Energia BEZERROS 0,00 5,79 11,58 23,16							
FIC-No.de vezes sem Energia 0,00 3,36 6,72 13,45							
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua 0,00 3,37 0,00 0,00							
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico Limite DICRI: 12,22							
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 35,51							
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.							

INFORMAÇÕES IMPORTANTES				NÍVEIS DE TENSÃO			
TENSÃO NOMINAL(V)		LIMITE DE VARIAÇÃO(V)					
MÍNIMO		MÁXIMO					
220		202					
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA							

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
<b>007007411884</b>	<b>12/2018</b>	<b>0,00</b>	<b>14/12/2018</b>	

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este canhoto será usado em leitora ótica.

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

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



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

DADOS DO CLIENTE MARIA JOSE PEREIRA DE LIMA CPF: 367.007.704-91	DATA DE VENCIMENTO <b>14/12/2018</b> TOTAL A PAGAR (R\$) <b>0,00</b>	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 07/12/2018 DATA DA APRESENTAÇÃO 07/12/2018 NÚMERO DA NOTA FISCAL 041478887	CONTA CONTRATO <b>007007411884</b> Nº DO CLIENTE 2000419342 Nº DA INSTALAÇÃO 0005179876
ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA DOM PEDRO II 101 CENTRO/BEZERROS 55660-000 BEZERROS PE	CLASSIFICAÇÃO <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> Monofásico		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a>	RESERVADO AO FISCO <b>65D6.4564.3BFF.E440.9602.C43D.7570.6AFF</b>		

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	129,00	0,73875354	95,29
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,40
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,89
ICMS Subvenção-CDE-NF 033924631-04/10/18			0,70
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>103,28</b>
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			
ICMS	PIS	COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%
96,69	25,00	96,69	0,79
96,69	24,17	0,76	
96,69	3,61	96,69	
96,69	3,49		

**Tarifas Aplicadas**

Consumo Ativo(kWh)	0,52156000
--------------------	------------

**HISTÓRICO DO CONSUMO**

		kWh
DEZ	18	129
NOV	18	142
OUT	18	117
SET	18	
AGO	18	101
JUL	18	96
JUN	18	76
MAI	18	94
ABR	18	100
MAR	18	128
FEV	18	125
JAN	18	142
DEZ	17	136

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000000091184346	CAT	06/11/2018 8.600,00	07/12/2018 8.729,00	31	1,00000	0,00	129,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/01/2019							
out/2018							
DIC-No.de horas sem Energia BEZERROS 0,00 5,79 11,58 23,16							
FIC-No.de vezes sem Energia 0,00 3,36 6,72 13,45							
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua 0,00 3,37 0,00 0,00							
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico Limite DICRI: 12,22							
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 35,51							
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.							

INFORMAÇÕES IMPORTANTES				NÍVEIS DE TENSÃO			
TENSÃO NOMINAL(V)		LIMITE DE VARIAÇÃO(V)					
MÍNIMO		MÁXIMO					
220		202					
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA							

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007007411884	12/2018	0,00	14/12/2018	

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este canhoto será usado em leitora ótica.

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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvíndia 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARIA JOSE PEREIRA DE LIMA  
CPF: 367.007.704-91

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DOM PEDRO II 101  
CENTRO/BEZERROS  
55660-000 BEZERROS PE

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](http://www.celpe.com.br)

DATA DE VENCIMENTO

**08/01/2018**

TOTAL A PAGAR (R\$)

**0,00**

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

**29/12/2017**

DATA DA APRESENTAÇÃO

**29/12/2017**

NÚMERO DA NOTA FISCAL

**003651513**

CONTA CONTRATO  
**007007411884**

Nº DO CLIENTE  
2000419342

Nº DA INSTALAÇÃO  
0005179876

CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL**  
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

**4795.5DE5.6A45.3701.B35B.A536.F061.B8B9**

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	136,00	0,68681727	93,40
Acréscimo Bandeira VERMELHA			5,96
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,89
Multa por atraso-NF 003638330 - 30/10/17			1,36
Juros por atraso-NF 003638330 - 30/10/17			0,63
Atualização IGPM-NF 003638330 - 30/10/17			0,33
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>107,57</b>

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Venceto	Dt Reav	Valor
06/12/17	29/12/17	96,66

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Aneel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,48036000	kWh	
DEZ	17	136	
NOV	17	115	
OUT	17	91	
SET	17	87	
AGO	17	74	
JUL	17	59	
JUN	17	105	
MAI	17	122	
ABR	17	128	
MAR	17	152	
FEV	17	116	
JAN	17	96	
DEZ	16	109	
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
Geração de Energia	29,57	29,76	
Transmissão	2,69	2,71	
Distribuição (Celpe)	22,21	22,35	
Encargos Setoriais	8,37	8,42	
Tributos	29,85	30,05	
Perdas de Energia	6,67	6,71	
TOTAL	99,36	100	

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPPOSTO			
99,36	25,00	24,84	99,36	0,90	0,89	99,36	4,16	4,13

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRÍÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
		out/2017			
DIC-No.de horas sem Energia	BEZERROS	0,00	5,79	11,58	23,16
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,36	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,37	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 33,68					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios birittinga: rua martins junior centro / dioni ateliê: av prf amaral 80 sao sebastiao.lista completa em [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)."  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.  
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
<b>007007411884</b>	<b>12/2017</b>	<b>0,00</b>	<b>08/01/2018</b>	

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este canhoto será usado em leitora ótica.

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

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



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

<b>DADOS DO CLIENTE</b>	
MARIA JOSE PEREIRA DE LIMA	
CPF: 367.007.704-91	
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b>	
RUA DOM PEDRO II 101	
CENTRO/BEZERROS 55660-000 BEZERROS PE	
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 <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a>	

<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>10/06/2019</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> <b>03/06/2019</b>	<b>CONTA CONTRATO</b> <b>007007411884</b>
<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>0,00</b>	<b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> <b>03/06/2019</b>	<b>Nº DO CLIENTE</b> <b>2000419342</b>
	<b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> <b>064190951</b>	<b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> <b>0005179876</b>
<b>CLASSIFICAÇÃO</b> <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> Monofásico		
<b>RESERVADO AO FISCO</b> <b>4B00.F41E.0056.8545.F5CE.F192.D6A6.F6A2</b>		

## DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	102,00	0,74193679	75,67
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,24
Contrib. Ilum. Pública Municipal			6,29
ICMS Subvenção-CDE-NF 052702095-07/03/19			0,64
ICMS Subvenção-CDE-NF 056599201-03/04/19			0,67
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>84,51</b>

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)		kWh	
0,54933000		JUN	19
		MAI	19
		ABR	19
		MAR	19
		FEV	19
		JAN	19
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000000091184346	CAT	03/05/2019 9.308,00	03/06/2019 9.410,00	31	1,00000	0,00	102,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 03/07/2019							

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia	BEZERROS	0,00	5,79	11,58	23,16
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,37	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 30,43					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

<b>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</b>							
Pague no ponto mais perto de você! ag correios biritanga: rua martins junior centro / dioni ateli: av prf amaral 80 sao sebastiao.Lista completa em <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a> ."							
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a> .							
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.							
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							
O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.							

NÍVEIS DE TENSÃO			
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		
	MÍNIMO	MÁXIMO	
220	202	231	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

DESTAQUE AQUI				
CONTA CONTRATO <b>007007411884</b>	MÊS/ANO <b>06/2019</b>	TOTAL A PAGAR(R\$) <b>0,00</b>	VENCIMENTO <b>10/06/2019</b>	TALÃO DE PAGAMENTO
				Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
FATURA PAGA		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

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

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



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

<b>DADOS DO CLIENTE</b>	
MARIA JOSE PEREIRA DE LIMA	
CPF: 367.007.704-91	
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b>	
RUA DOM PEDRO II 101	
CENTRO/BEZERROS 55660-000 BEZERROS PE	
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 <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a>	

<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>10/06/2019</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> <b>03/06/2019</b>	<b>CONTA CONTRATO</b> <b>007007411884</b>
<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>0,00</b>	<b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> <b>03/06/2019</b>	<b>Nº DO CLIENTE</b> <b>2000419342</b>
	<b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> <b>064190951</b>	<b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> <b>0005179876</b>
<b>CLASSIFICAÇÃO</b> <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> Monofásico		
<b>RESERVADO AO FISCO</b> <b>4B00.F41E.0056.8545.F5CE.F192.D6A6.F6A2</b>		

## DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	102,00	0,74193679	75,67
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,24
Contrib. Ilum. Pública Municipal			6,29
ICMS Subvenção-CDE-NF 052702095-07/03/19			0,64
ICMS Subvenção-CDE-NF 056599201-03/04/19			0,67
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>84,51</b>

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)		kWh	
Consumo Ativo(kWh)	0,54933000	JUN	19
		MAI	19
		ABR	19
		MAR	19
		FEV	19
		JAN	19
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000000091184346	CAT	03/05/2019 9.308,00	03/06/2019 9.410,00	31	1,00000	0,00	102,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 03/07/2019							

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia	BEZERROS	0,00	5,79	11,58	23,16
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,37	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 30,43					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Pague no ponto mais perto de você! ag correios biritanga: rua martins junior centro / dioni ateliê: av prf amaral 80 sao sebastião. lista completa em [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br).  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.  
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  
O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO			
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		
	MÍNIMO	MÁXIMO	
220	202	231	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

**DESTAQUE AQUI**

CONTA CONTRATO <b>007007411884</b>	MÊS/ANO <b>06/2019</b>	TOTAL A PAGAR(R\$) <b>0,00</b>	VENCIMENTO <b>10/06/2019</b>	<b>TALÃO DE PAGAMENTO</b>  Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
<b>FATURA PAGA</b>		<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>		

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
 CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Eduânia da Silva Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 062.474.394-23, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Everaldo de Vasconcelos inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.518.254-36, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Antonio Everaldo de Vasconcelos inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.518.254-36, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: recurso Renda: recurso e apresento os documentos comprobatórios: recurso

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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	R. Dom Pedro II	Número	101
Bairro	Centro	Cidade	Bezerra
Email		Telefone comercial(DDD)	CEP PE 55660-000 (21) 99456-0670

Bezerra 07 de 12 de 2018  
 Local e Data

Eduânia da Silva Santos

Assinatura do Declarante

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Eduânia da Silva Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 062.474.394-23, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Everaldo de Vasconcelos inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.518.254-36, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Antonio Everaldo de Vasconcelos inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.518.254-36, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: recuso Renda: recuso e apresento os documentos comprobatórios: recuso

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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		Número	Complemento
<u>R. Dom Pedro II</u>		<u>101</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Bezerra</u>	<u>PE</u>	<u>55660-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	(21) 99456-0670

Bezerra 07 de 12 de 2018  
Local e Data

Eduânia da Silva Santos

Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Claudio Marcio dos Santos  
RG nº 7107573, data de expedição 27/05/02,  
Órgão SDS, portador do CPF nº 046.343.874-41, com  
domicílio na cidade de Bezerra, no Estado  
de PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada  
37v Jose Rufino Bezerra da Silva nº 105,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o  
veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na  
data do acidente ocorrido com a  
vítima Antonio Everaldo de Vasconcelos, cujo o  
condutor era Antonio Everaldo de Vasconcelos.

Veículo: Pas / Motocicleta

Modelo: Honda / CG 150 titan KS

Ano: 2009 / 2009

Placa: KLM - 4772

Chassi: 9C2KC15109R021005

Data do Acidente: 18/09/18

Local e Data: Saini-PE, 14/11/18

Claudio marcio dos Santos

Assinatura do declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vitima reclamante do sinistro)

<p>SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE SAIRÉ Titular: MARCOS TIMOTEO TORRES E SILVA Telefone: (87) 99945-4450</p> <p>Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de: CLAUDIO MARCIO DOS SANTOS, Dou fé. MARCOS TIMOTEO TORRES E SILVA - Tabelião Púlico 14 de novembro de 2018. Emolumentos: R\$ 3,58 TSNR: R\$ 0,80 FERC: R\$ 0,40 ISS: R\$ 0,40 / TOTAL: R\$ 4,79</p> <p>Selo: 0159574.HIF11201801.00138 14/11/2018 16:28:00 Consulte autenticidade em <a href="http://www.tjpe.jus.br/seledigital">www.tjpe.jus.br/seledigital</a></p> 
---