



Número: **0002370-18.2019.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **24/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.466,55**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CARMOZINA ANA GOMES LEITE (AUTOR)		ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
96295282	06/01/2022 15:44	2665586_EMBARGO_DECLARACAO_SENTENCA_1A INST 01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE SERRA TALHADA/PE

Processo n.º 00023701820198173370

EMBARGOS DE DECLARAÇÃO

Ante os fundamentos a seguir:

DA SÍNTESE DOS FATOS E DA OMISSÃO

Sem adentrar ao mérito da decisão, informa a V. Exa. que constou na parte dispositiva desta o seguinte:

ANTE O EXPOSTO, nos termos do art. 487, I, do CPC, resolvo o mérito da demanda para **JULGAR PROCEDENTE** o pedido formulado na petição inicial para condenar a Seguradora Ré a pagar à parte autora a importância de **R\$ 1.691,55 (mil, seiscentos e noventa e um reais e cinquenta e cinco centavos)**, corrigida monetariamente pela tabela do ENCOGE a partir da data do acidente e acrescido de juros de mora de 1% ao mês desde a citação (art. 405 do Código Civil c/c o art. 240 do CPC – Súmula nº 426 do STJ).

Em razão da sucumbência, condeno a parte requerida ao pagamento das custas e despesas processuais, além dos honorários advocatícios, que fixo em R\$ 500,00 (quinhentos reais) [3], porque muito baixo o valor da condenação [4], nos termos do artigo 85, § 8º, CPC, tendo em vista os parâmetros estipulados nos incisos I a IV do § 2º do art. 85 do CPC, uma vez que se trata de demanda de baixa complexidade. O E. TJPE, em mais de uma oportunidade, considerou adequado o valor de honorários no montante ora estabelecido [5], [6] e [7].

Com a mais a respeitosa vênia, assim o fazendo, afigura-se a v. decisão omissa em pontos essenciais, justificando o cabimento dos presentes Embargos de Declaração, a fim de que essa V. Exa. decida-os e confira os efeitos integrativos ao respeitável decism.

Frisa-se que na d. decisão exarada, verifica-se grave OMISSÃO, que devem ser supridas ou sanadas por meio dos presentes embargos, sendo certo que o recurso não objetiva rediscutir a matéria, mas afastar os vícios constatados no julgado.



RAZÕES DE EMBARGOS DE DECLARAÇÃO

Ocorre que na presente demanda que já houve pagamento administrativo no caso em tela, a Embargante, reitera que o pagamento foi realizado em favor do Embargado, conforme consta dos documentos acostados – isto, após meticulosa análise da documentação apresentada foi liberado o valor da indenização na monta de **R\$ 4.720,95 (quatro mil e setecentos e vinte reais e noventa e cinco centavos)**, realizados em 2 pagamentos distintos, trazemos a colação os comprovantes de pagamento, vejamos:

- PAGAMENTO REALIZADO EM 09/05/2019 NO VALOR DE R\$ 1687,50:

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:	09/05/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01061-8

CONTA: 000000028031-3

Nr. da Autenticação 6547242A4F5F07EC



- PAGAMENTO REALIZADO EM 25/07/2019 NO VALOR DE R\$ 3.033,45:

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:	25/07/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	3.033,45

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01061-8

CONTA: 000000028031-3

Nr. da Autenticação 5C5EC977258278EB

Portanto, necessária a apreciação das provas trazidas ao processo pela ora Embargante, uma vez que não foi considerado pelo juízo sentenciante que os pagamentos administrativos ora noticiado.

Destaca-se que o seguro DPVAT é alvo de fraudes a todo instante! Não que seja o caso desses autos, mas as evidencias se relevam como tentativa da requerente em receber valor além do estabelecido por lei, ocultando o fato de já ter recebido a quantia de **R\$ 4.720,95 (quatro mil e setecentos e vinte reais e noventa e cinco centavos)** na via administrativa.

Ressalte-se que a Embargante não está se omitindo ou procrastinando na presente demanda, muito pelo contrário, busca a veracidade dos fatos, para a perfeita aplicação da justiça.

De acordo com os documentos anexados pela Embargante, nota-se que o pagamento da indenização ora pleiteada já foi objeto de análise e pagamento em sede administrativa.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



DO PEDIDO

Diante do exposto, requer sejam acolhidos e providos os presentes Embargos Declaratórios, enfrentando-se os pontos omissos suscitados, conferido-lhes efeitos integrativos, por via de consequência modificativos, para o fim de prover integralmente, para que sobre eles se pronuncie esse Ilustre Julgador, tudo por ser medida de direito e justiça.

Outrossim, informa a embargante que pelo fato dos presentes Embargos terem efeitos infringentes, requer que seja feita a devida intimação da parte Embargada, para que esta venha responder as presentes alegações, a fim de evitar violação ao direito constitucional da ampla defesa e contraditório.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SERRA TALHADA, 6 de janeiro de 2022.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0002370-18.2019.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **24/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.466,55**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CARMOZINA ANA GOMES LEITE (AUTOR)		ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
96295284	06/01/2022 15:44	2665586_EMBARGO_DECLARACAO_SENTENCA_1A INST Anexo 02	Outros (Documento)

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:	25/07/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	3.033,45
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01061-8

CONTA: 000000028031-3

Nr. da Autenticação 5C5EC977258278EB



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:	09/05/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01061-8

CONTA: 000000028031-3

Nr. da Autenticação 6547242A4F5F07EC





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

Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190273272

Vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

Data do Acidente: 02/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARMOZINA ANA GOMES LEITE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14189821





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

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190273272

Vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

Data do Acidente: 02/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARMOZINA ANA GOMES LEITE

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

Documentação médico-hospitalar

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

Pag. 00543/00544 - carta_03 - INVALIDEZ

00020272



Carta nº 14213698





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

Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190273272

Vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

Data do Acidente: 02/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARMOZINA ANA GOMES LEITE

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001061-8

Conta: 0000028031-3

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190273272

Vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

Data do Acidente: 02/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

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

Pag. 01937/01938 - carta_02 - INVALIDEZ

00040969



Carta nº 14495558





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

Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190273272

Vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

Data do Acidente: 02/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARMOZINA ANA GOMES LEITE

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\$ 3.033,45

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

Graduação: Em grau leve 32.1%

% Invalidez Permanente DPVAT: (32.1% de 70%) 22,47%

Valor a indenizar: 22,47% x 13.500,00 = R\$ 3.033,45

Recebedor: **CARMOZINA ANA GOMES LEITE**

Valor: **R\$ 3.033,45**

Banco: **001**

Agência: **000001061-8**

Conta: **0000028031-3**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 984.057.214-82 Nome completo da vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

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

Nome completo: CARMOZINA ANA GOMES LEITE CPF: 984.057.214-82
Profissão: ADOSCENTADA Endereço: AUGUSTO JOSE DUARTE Número: 1315 Complemento: CASA
Bairro: IPSEF Cidade: SERNA TALHADA Estado: PE CEP: 56.903-234
E-mail: _____ Tel (DDD): 82.49998.1772

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO 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:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1067 8 CONTA: 28.031 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 Líder 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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Recife 11/04/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

EXCELSIOR SEGUROS

Assinatura
11 ABR. 2019

SEGURO DPVAT

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

FPS.001 V001/2018

TERM 00008553 AGENTE 701310 AUTE 53412
COBAN:065325 LOJA:0001 PDV:008553
04/04/2019 BANCO DO BRASIL 13:38:06
024632501 CORRESPONDENTE BANCARIO 0285
COMPROVANTE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CLIENTE: CARMOZINA ANA GOMES LEITE
AGENCIA: 1061-8 CONTA: 28.031-3

DATA	04/04/2019
NR. DOCUMENTO	2.466.532.500.285
VALOR DINHEIRO	5.00
VALOR TOTAL	5.00

NR. AUTENTICACAO 5.413.698.A45.4CF.ABA





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267001074**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/03/2019** às **14:31**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **2/1/2019** às **10:00**

Fato ocorrido no endereço: **ANTONIO GODOY, CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA, 1 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
EMANUEL GOMES LEITE (NOTICIANTE)
CARMOZINA ANA GOMES LEITE (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **EMANUEL GOMES LEITE**



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

CARMOZINA ANA GOMES LEITE (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: ANA GOMES DA SILVA Pai: JOSE AGOSTINHO GOMES Data de Nascimento: 20/9/1943 Naturalidade: FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 1847899/SSP/PE (RG). 98405721487 (CPF) Estado Civil: VIUVO(A) Escolaridade: 1°. GRAU INCOMPLETO Profissão: APOSENTADO
Endereço Residencial: **RUA AUGUSTO JOSE DUARTE, 1315 - CEP: 0 - Bairro: ALTO DA CONCEICAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

EMANUEL GOMES LEITE (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CARMOZINA ANA GOMES LEITE Data de Nascimento: 28/11/1986 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7560663/SDS/PE (RG). 06843772412 (CPF). 03817655054 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2°. GRAU COMPLETO Profissão: AUTONOMO(A) Telefones Celulares: - 87996316594

Endereço Residencial: **RUA AUGUSTO JOSE DUARTE, 1315 - CEP: 0 - Bairro: ALTO DA CONCEICAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EMANUEL GOMES LEITE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EMANUEL GOMES LEITE**



Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJU1731** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **912993707** Chassi: **9C2KCO6507R043098**
Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL, O NOTICIANTE EM TELA, COMUNICANDO QUE NO DIA, HORA E LOCAL JA DESCRITO, TRAFEGAVA NA RUA MENCIONADA, PILOTANDO A CITADA MOTOCICLETA, COM A VITIMA NA GARUPA, MOMENTO EM QUE A SANDALIA DA MESMA CAIU NO SOLO, E ENQUANTO O MESMO PARAVA A REFERIDA MOTOCICLETA A MESMA SALTOU DA GARUPA, SE DESIQUILIBRANDO, E CAINDO EM SEGUIDA. APÓS O ACIDENTE, A VITIMA FOI SOCORRIDA AO HOSPAM, PELO CORPO DE BOMBEIROS, ONDE FOI CONSTATADO, QUE A MESMA TINHA FRATURADO O FEMUR ESQUERDO, FICANDO A MESMA INTERNADA POR ALGUNS DIAS, E DEPOIS SENDO TRANSFERIDA, A CLINICA SAO VICENTE, ONDE FOI CIRURGIADA.

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


EMANUEL GOMES LEITE
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **EDMILSON PEREIRA LIMA - MAT. 151.743-0 - Matrícula: 151743-0**



22/03/2019 14:23



**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: 3190273272

Nome do(a) Examinado(a): CARMOZINA ANA GOMES LEITE

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Augusto José Duarte, 1 - Serra
Talhada/PE - CEP 56903-234

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 1847899 - SDS

Data e Local do Acidente : 02/01/2019

Data e Local do Exame : 01/07/2019 RUA JOAQUIM GODOY, 393 - SERRA
TALHADA/PE

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE FEMUR ESQUERDO

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

TRATAMENTO CIRURGICO

LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO MIE

ALTA JUNHO 2019

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

LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO MIE

INSTABILIDADE

**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:**

LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO MIE

LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO

INSTABILIDADE PARA DEAMBULAR , USO CONTINUO DE ANDADOR

**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 às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

MEMBRO INFERIOR ESQ

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

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

Região Corporal

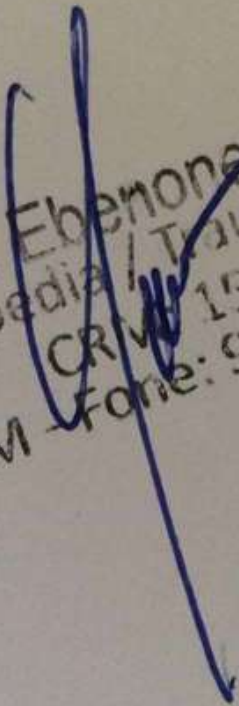
% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

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

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.




Dr. Ebenone Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15.122
CEM - Fone: 9.9916-0117

EBENONE ANTONIO DA SILVA CRM : 15122 / 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 ou ASL: CPF da vítima: 989.057.214-82 Nome completo da vítima: CARMOZINA AINA GOMES LEITE

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

Nome completo: CARMOZINA AINA GOMES LEITE CPF: 989.057.214-82
Profissão: APOSENTADA Endereço: AUGUSTO JOSE DUARTE Número: 7375 Complemento: CASA
Bairro: IPSEP Cidade: SERRA TALHADA Estado: PE CEP: 56.903.234
E-mail: Tel (DDD): 82.49998.1772

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO 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: AGÊNCIA: 1067 8 CONTA: 28.031 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 Líder 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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Local e Data: Recife 12/04/2019
Nome: Carmozina Aina Gomes Leite
CPF: TESTEMUNHAS
1ª Nome: CPF: Assinatura
2ª Nome: CPF: Assinatura
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

EXCELSIOR SEGUROS
Assinatura
11 ABR. 2019
SEGURO DPVAT

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

FPS.001 V001/2018



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO
COInter/2 – 3º Grupamento de Bombeiros

SERRA TALHADA - PE, 08 de março de 2019.


ANDRÉ PEREIRA DA SILVA
Ten Cel. BM

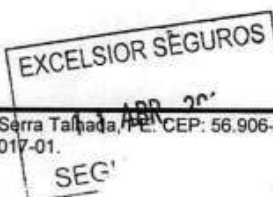
AN. 100.000.000
MA. 520.000.000
RG. 792012-7GB

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 037 Dop./2019

O Chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por solicitação da Sra. **CARMOZINA ANA GOMES LEITE**, CPF 984.057.214-87, residente à Rua Augusto José Duarte, 1315, Nossa Senhora da Conceição, Serra Talhada-PE, **CERTIFICA** que foi deslocada a viatura AR 396 da 1ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros Serra Talhada-PE, às 10h14min do dia 02 de Janeiro de 2019, comandada pelo Cb QBMG 1/707411-5 FELIPE DE JESUS DIAS CARDOSO, para uma ocorrência de **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (QUEDA DE MOTOCICLETA)**, nº B 1215068, sendo vitimada a solicitante, a qual informou que estava como garupa da motocicleta marca/modelo, HONDA/CG 150 TITAN ES, cor preta, placa KJU-1731, sendo o referido veículo visualizado pela guarnição no local da ocorrência. O acidente ocorreu na Rua Antônio Godoy, 1298, Centro, Serra Talhada-PE e a vítima apresentava as seguintes lesões aparentes: fratura fechada no membro inferior esquerdo, a qual foi socorrida e conduzida ao Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, Serra Talhada-PE, ficando aos cuidados do Dr. **ANTÔNIO RODRIGUES**, CRM-PE 7351, prontuário 066. A presente certidão segue assinada por mim, CAP QOC/BM CAP QOC/BM **WAMBERG RODRIGUES DOS SANTOS**, chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros.



Wamberg Rodrigues dos Santos
Cap QOC/BM Mat.704015-6



3º Grupamento de Bombeiros. BR 232 (Av. Vicente Inácio de Oliveira), Km 413, Cachoeira II, Serra Talhada, PE. CEP: 56.906-000. Fone/Fax: (87) 3831 9382/3831 9383. E-mail: 3gb@bombeiros.pe.gov.br CNPJ: 00.358.773/0017-01.



DAVID G. CLINE
DETROIT, MICHIGAN 48202

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ALFREDO VIEIRA CHATE 138

CP# 473 118 224 91

N. S. A. D. A. T. O. N. C. E. I. T. A. C. S. E. R. R. A. T. A. L. H. A. D. A.
S. E. R. R. A. T. A. L. H. A. D. A. P. E.
5003-234

CLASSIFICAÇÃO
B1 - RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO 4008362063 MESIANO 12/2018

Nº DA NOTA FISCAL
244 / 1 / 126

DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
03/01/2019	23/01/2019

APRESENTAÇÃO

TOTAL A PAGAR (R\$) 56,32

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
1 unidade: 400g/Vitô	20,00	730,7594	14.611,19
Arroz sem Bandeira Amarela			0,00
Contê. Tm. Pulver. Municipal			2,00
1 Mto Subversão COE-MF 005600019-23/11/18			0,00
Multa por atraso NF 040482664 - 23/11/18			0,00
Juros por atraso NF 040482664 - 23/11/18			0,00
Multação GRM-12 - 04/08/1994 - 23/11/18			0,00

TOTAL DA FATURA

5832

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

[illegible]

AUTÓCRICO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

COMPOSIÇÃO DO CONSENSO

01/01/16	75					Grupos de Energia	94	26,39	31,37%
02/01/16	85					Transferência	94	26,39	48,66%
03/01/16	73					Transferência	94	26,39	27,88%
04/01/16	52					Transferência	94	26,39	10,32%
05/01/16	64					Transferência	94	26,39	20,30%
06/01/16	31					Total	94	54,82	100%
Consumidor Revendedor					TARIFAS APLICADAS		0,5245600		

0024 H761 0178 L346 C 0.9 AF 10 700 2 40K

[illegible]

do Lundgren, gerente de desenvolvimento (Pharmacia AB), 41 4201 63, Santos, produtora de linha produtiva integrada. É engenheira de química, para a construção, em mais de um decada de experiência e no site www.dalco.com.br

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS					NÍVEL DE TENSÃO	
CONCENTRO	INTERFERÊNCIAS ATÍPICAS	LIMITES ATÍPICOS	LIMITES TÍPICOS	1-INTERFERÊNCIAS TÍPICAS	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
DFC	0-0	1-30	0-1	1-72	12,48	
FLC	0-00	0-10	0-20	0-20		

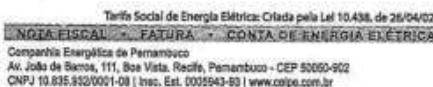
NOTA Nº 12-2) (1) - Tensão de Enchimento de 12,48 V e Tensão de Carga de 12,48 V + 0,5 (2)

EXCELSIOR SEGUROS

11 ABR. 2019

SEGURO DPVAT





ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO TOMÉ DE SOUZA 573

ALTO DA CONCEICAO/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
55903-220

CONTA CONTRATO	MES/ANO
1130133025	03/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO DO PLANILHA
21/03/2019	11/04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	198,60

Nº DA NOTAFISCAL 054115091	SÉRIE UNICA	EMIÇÃO 14/03/2019
APRESENTAÇÃO 14/03/2019	Nº DO CLIENTE 2000630115	Nº DA INSTALAÇÃO 3950341

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	229,0000000	0,76250324	173,32
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,86
ICMS Subvenção-CDE-NF 042829824-15/12/18			1,28
ICMS Subvenção-CDE-NF 048440780-14/01/19			1,34
Doação APAE - 0800 722 3723			15,00

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEMORAND	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE 1.0000	AJUSTE	CONSUMO (KWH) 229,00
		DATA 13/05/2018	LEITURA 30000	DATA 14/05/2018	LEITURA 30200				

MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS		INFORMAÇÕES DE TRIBUTAR				COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
MAR-19	229					Serviço de Energia	R\$ 7,21	4,50%
FEV-19	340					Transmissão	R\$ 7,21	
JAN-19	215					Distribuição (Cabo)	R\$ 39,68	21,46%
DEZ-18	232					Perdas de Energia	R\$ 11,83	8,75%
NOV-18	242					Energia Setorial	R\$ 8,52	5,52%
OUT-18	246					Tributos	R\$ 62,88	30,69%
SET-18	182					Total	R\$ 172,32	100%
AGO-18	162							
JUL-18	158							
JUN-18	180							
MAI-18	190							
ABR-18	208							
MAR-18	220							

CONTRIBUIÇÃO		TARIAS APLICADAS		VALOR TOTAL	

VALOR TOTAL	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
 Pagamento pelo usuário do serviço de fornecimento de energia elétrica é de responsabilidade do usuário. Não incorra em gastos de envio e nem se responsabilize pela entrega de cartas e documentos. Não deixe de ler e entender o que é Verdade. Mais informações em www.aee.org.br. Cobrança CDE sobre subvulgação CDE, conforme Decreto Estadual 34.428/13. O cliente é responsável perante a Jurisdição na continuidade individual e no nível de territorialização. Pague, em dinheiro para multa 250 (duzentos e cinquenta reais) em 10 (dez dias) e atualização monetária no período de 10 (dez dias) e compareça quando não desumprimento do prazo definido para o pagamento de multa comercial. O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços da empresa em função a qualquer tempo. Art. 7º RDC/AN/13.

As convênções gerais de Fornecimento (Relatório AGEU, 414.0017), terras, produtores, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.cafes.com.br

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO	
CONJUNTO	TEMPO # APARADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
						MÍNIMO
DIC	0,00	3,30	8,80	12,30		
FGC	0,00	3,11	0,00	0,00		
DMSC	Limite DICPR 12,22	EURO - Valor em Duração de Uma Hora de Distribuição = R\$ 02,04				

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR. 2019
SEGURO DPVAT





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.445.324 / 29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

CARMUZINA ANA GOMES LEITE inscrito (a) no CPF sob o Nº 984.057.214 / 87

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CARMUZINA ANA GOMES LEITE

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 984.057.214 / 87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO INFORMAR Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>ANTÔNIO TOME DE SOUZA</u>	Número: <u>573</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade: <u>SERRA TALHADA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>56.903-220</u>	Tel. (DDD): <u>87-9.9998.5477</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 08/04/2019

George Carlos Melo Lima

Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS

11 ABR. 2019

SEGURO DPVAT

DLDR.001 V001/2017





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

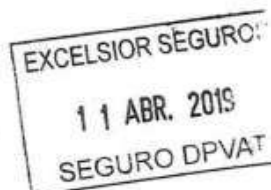
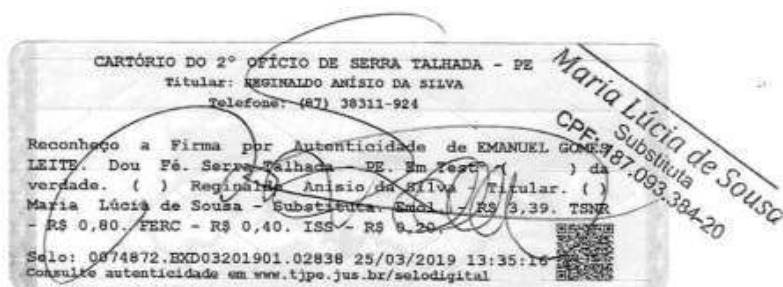
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Emanuel Gomes Leite,
RG nº 7560663, data de expedição 30/03/2004
Órgão SDS, portador do CPF nº 068.437.724-12,
com domicílio na cidade de SIERRA TALHADA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Augusto José Duarte, nº 1513,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
CARMUZINA ANA GOMES LEITE, cujo o condutor era
x Emanuel Gomes Leite.
Veículo: MOTO Modelo: Titan 150 Ano: 2007
Placa: K8U1731 Chassi: 9C2KC08507R043098
Data do Acidente: 02/01/2019

Local e Data: SIERRA TALHADA - PE 25/03/2019

Emanuel Gomes Leite
Assinatura do Declarante

x Emanuel Gomes Leite
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA						Nº: 66.	
Data: 02.01.2019.				Hora: 10:33.			
Nome: Carmezina Ana Gomes Freite				Profissão: Superintendente			
Nome Social:				Estado Civil: solteira			
Nascimento: 20.09.43.		Sexo: F		Responsável: B. Militar			
Escolaridade: 4ª série							
Mãe: Olga Nunes da Silva							
Endereço: Rua Augusto de Almeida, 1315.							
Bairro: Jacy				Município: J. de J. de J.		Fone: 9.9631.6599.	
Cartão SUS: 1				RG/CPF: 1.847.899.			
Raça/Cor:		Branca		Preta		X Parca	
				Amarela		Indígena	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO				<input type="checkbox"/> VERMELHO		<input type="checkbox"/> AMARELO	
				<input type="checkbox"/> VERDE		<input type="checkbox"/> AZUL	
Situação/Queixa:							
Dor Coxar e							
PA:		Pulso:		HGT:		T:	
Medicações em uso:		SpO2:		Peso:		Glasgow:	
Intolerâncias/Alergias:							
Fluxograma:				Carimbo e Assinatura:			

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:	
Paciente portadora NIE, deprimida, secretações cor de doz. multipolares, secreção e sintomas de NIE	
Tratamento:	
Dor Coxar e SPA 200 e 1000 - Redução Intensa	
Hipótese Diagnóstica:	Carimbo e Assinatura:
FRACTURA SUPRA-INTER CONDILAR DE FEMUR E	

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR. 2019
SEGURO DPVAT





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

4 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Carminazina Ana Gomes Leite

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

63207

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 2 9 0 6 5 8 3 6 5 6 7 7 1

8 - DATA DE NASCIMENTO

20/09/1943

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - RAÇA/COR

Parda

11 - NOME DA MÃE

Ana Nunes da Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO

8 7 9 6 3 1 6 5 9 4

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R: Augusto José Duarte, 315 1º SET

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Sena Gallada

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

2613309

18 - UF

PE

19 - CEP

569003000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ataque isquêmico transitório (AIT), déficit motor
periférico da coxa e, inicialmente
déficit dos membros superiores
transiente AIT

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ataque isquêmico transitório

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Ataque isquêmico transitório

24 - CID 10 PRINCIPAL

S728

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ataque isquêmico transitório

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050586

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

09/01/19

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

261910500005-9

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Illo Pereira de Andrada Mello

CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603

Médico Autorizador

09.01.19 a 13.01.19

XI GERES



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA		DATA DA SOLICITAÇÃO: 03/01/2019 14:46
MÉDICO SOLICITANTE: JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): CRM - 9608	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: CARMOZINA ANA GOMES LEITE		Nº DO PRONTUÁRIO: 524824
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 702906583656771	DATA DE NASCIMENTO: 20/09/1943	SEXO: Feminino
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: ANA NUNES DA SILVA	TELEFONE DE CONTATO: 87996316594	
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): RUA 15 DE NOVEMBRO, 370, CENTRO		
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: FLORESTA	COD. BOE MUNICÍPIO: 2605707	UF: PE
	CEP: 56400000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: PACT, COM FRATURA SUPRA INTERCONDILIANA FEMUR E
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS): RAIO X
DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA SUPRA INTERCONDILIANA FEMUR E
CID 10 PRINCIPAL:
CID 10 SECUNDÁRIO:
CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS

F. CARDÍACA	F. RESPIRATÓRIA	PRES. ARTERIAL	SATURACAO
75 Bpm	19 lrpm	110/60 MMHG	99 %

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
CLÍNICA:	CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA
DOCUMENTO: (X)CNS ()CPF	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:	DATA DE AUTORIZAÇÃO:
TIPO DE LEITO:	ESPECIALIDADE:
MÉDICO AUTORIZADOR:	

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	DATA DA SOLICITAÇÃO:
DOCUMENTO: (X)CNS ()CPF	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
	CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

ESCLARECIMENTOS



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora **Profissional Evolução**
03/01/19 14:46 JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES
Descrição
Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
03/01/19 14:46	Em digitação	0h:0m:48s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
03/01/19 14:46	Aguardando Regulacao		ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO

Data / Hora	Paciente Assistido	Usuário
-------------	--------------------	---------

DADOS REJEIÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA





Hospital São Vicente


Hospital São Vicente

Data Atend: 09/01/2019	Atendimento: 0007726	Quarto/leito: 305 / 5
Paciente: 00063207 - CARMOZINA ANA GOMES LEITE		
Data Nasc: 20/10/1943	Idade: 75 Anos	Sexo: Feminino
Estado Civil: Viuvo	Profissão: APOSENTADA	Naturalidade: SERRA TALHADA
Nacionalidade: BRASILEIRO	Nome Pai: JOSE AGOSTINHO GOMES	Nome Mãe: ANA NUNES DA SILVA
Endereço: AUGUSTO JOSE DUARTE, 315	- IPSEP	- SERRA TALHADA - PE
Telefones: () . / () . / (87) 9631.6594		
Elementos da Ocorrência:		
Acidente de Transito () Acidente de Trabalho () Outros Acidentes () Agressão ()		
Suicídio () Casual () Outros ()		
Nome Acompanhante:		Telefone de Contato: () .
Endereço Acompanhante:		
Local da Ocorrência:		
ANAMNESE E EXAME FISICO:		
Tensão alta @, clor, edema e hipertensão funcional		
Diagnostico Inicial: Test. SC FEMUR @		
SADT:		
Diagnostico Final: Test. SC FEMUR @		
Condição de Alta	Motivo de Alta	
Melhorada (X)	Descição Médica (X)	Data do Internamento: 9, 1, 19
Inalterado ()	Alta a Pedido ()	Data da Alta: 13, 1, 19
Piorando ()	Transferencia ()	Local: 
Obito + 48h ()	Evasão ()	Medico Responsavel
Obito - 48h ()	Indisciplina ()	
Obito em ____/____/____		
Hora: _____		





Hospital São Vicente

Data Atend: 09/01/2019		Atendimento: 0007726	Quarto/leito: 305 / 5
Paciente: 00063207 - CARMOZINA ANA GOMES LEITE			
Cirurgia Realizado: <i>OSTEOTOMIA FEMUR (E)</i>		N. do Procedimento: <i>0408050586</i>	
Data: <i>11/05/19</i>	Início:	Término	
Cirurgião: <i>ANDRE B.</i>			
1º Auxiliar: <i>RODRIGO A.</i>			
2º Auxiliar:			
Anestesista: <i>S. R. R.</i>			
DESCRIÇÃO CIRURGICA:			
<ul style="list-style-type: none">① PCTE EM ODM② ASSEPSIA / ANTISEPSIA③ MARCAR CAMPOS ESTOMI④ ANESTESIA LATERAL COXA (E)⑤ ABERTURA POR DIAPHR⑥ REDUÇÃO FRATURA⑦ FIXAÇÃO C/ PARAFUSO CEMENTADO + PLACA⑧ DCP Y.T + PARAFUSOS⑨ LIGAM C/ FIO 3.⑩ TUBULA + CURATIVO			
			 Assinatura do Cirurgião






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

Nome: CARMOLINA RITA GOMES VITTE

DIAG. França supra-ventriculares
do Fígado hte

AO Hospital São Vicente

- ① Dieta Livre
- ② Manter Nível no Vito
- ③ SF 0,3% - 500 ml de Vito
- ④ Dipirona - 01 g + 01 g 6/12 18 00 06
- ⑤ Paracetamol - 01 g 6/12 12 00 06
- ⑥ CCG


Dr. André Bartolo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-9608 TEOT-4526

Data: 3 / 1 / 19

Médico - CRM



Clínica Médica Especializada

Dr. João Cesar da Cunha

CRM: 10990
CLÍNICA MÉDICA - MEDICINA DO TRABALHO
ENDOCRINOLOGIA
Fone: (87) 3831-1601/ 9 9991-5659



CARMOZINA ANA GOMES LEITE

Paciente veio a sofrer uma queda de moto onde resultou em um trauma na perna esquerda. Foi encaminhado ao Hospam onde após exames de imagem constatou fratura supra intercondiliana no fêmur esquerdo. Foi encaminhado ao Hospital São Vicente onde realizou cirurgia para estabilização e consolidação da fratura.

Após sua alta hospitalar e passando pela avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra apresenta como sequela refere a dores provocadas pelas placas e parafusos, dificuldade para deambulação, impossibilidade suprema para realizações de práticas diárias como tomar banho, ir ao vaso sanitário, vestir roupas, rigidez da flexão do joelho esquerdo.

Devido ao grau elevado de osteoporose provocada por 26 anos de menopausa, sarcopenia extrema devido a qualidade, fica difícil a locomoção pela ausência completa da musculatura inviabilizando de todas as tarefas laborais assim como a funcionalidade dos membros inferiores.

Apresenta déficit laboral em 100% e déficit funcional em 100% devido a idade.

Serra Talhada, 29 de abril de 2019

Dr. João Cesar da Cunha
Medicina do Trabalho
CRM: 10990

Rua Cornélio Soares, 810 - Centro - Serra Talhada - PE - CEP: 56.903-440





Dra. Andreia Diniz
MAGNANÍMICA
CLINICA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Dr. Carlos Kennedy
MAGNANÍMICA
CLINICA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Dr. Ebenone A. Silva
MAGNANÍMICA
CLINICA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Dra. Martha Arruda
MAGNANÍMICA
CLINICA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Dr. Adelson Feitosa
MAGNANÍMICA
CLINICA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Dra. Ana Carolina Sampaio
MAGNANÍMICA
CLINICA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Dr. Antônio Melo
MAGNANÍMICA
CLINICA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Dr. Jailson José
MAGNANÍMICA
CLINICA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Dra. Danniely Duarte
MAGNANÍMICA
CLINICA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

CARMOZINA ANA GOMES LEITE

Paciente, sexo feminino, 75 anos, refere queda de motocicleta em movimento no dia 02 de janeiro de 2019, em área urbana, sendo socorrida para o Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, no município de Serra Talhada, em Pernambuco. Após exames de imagem, foi constatado fratura de fêmur à esquerda em terço distal sendo necessária cirurgia ortopédica para correção da fratura, realizada na Clínica São Vicente.

Hoje, após avaliação clínica de sequelas por mim realizado, a paciente sob o exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra apresenta como sequela: dificuldade de deambulação mesmo com ajuda de apoio, dor crônica em membro inferior esquerdo associado a edema em articulação do joelho.

No atual momento, apresenta déficit funcional de 70% para membro inferior esquerdo e déficit laboral em 100 % para as suas funções de agricultora.

SERRA TALHADA, 11 DE JUNHO DE 2019.



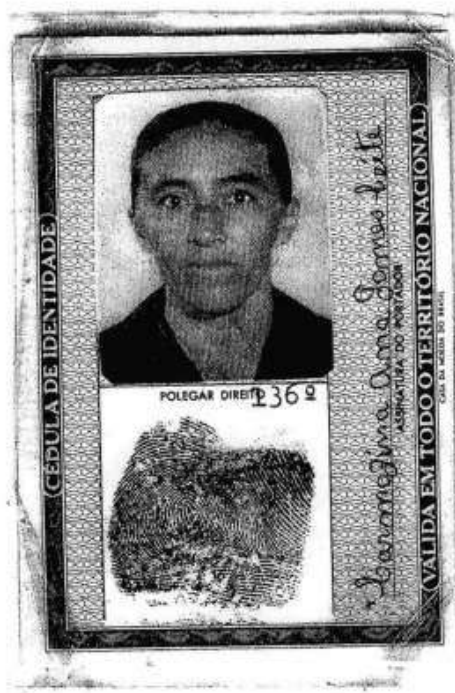
Dr. Argemiro Novaes Bastos
Médico
CRM-PE 27125
MÉDICO

Rua Joaquim Godoy, 393 - Centro - 55.912-450 - Serra Talhada - PE
Fone: (87) 3831-8446 (07) 99916-0112 - e-mail: cem_@hotmail.com





9.9631.6594



EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR. 2019
SEGURO DPVAT





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **984.057.214-87**

Nome: **CARMOZINA ANA GOMES LEITE**

Data de Nascimento: **20/09/1943**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **20/01/1993**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:50:01** do dia **11/04/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **8547.8691.A24D.E75C**

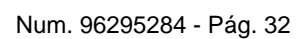


Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR. 2019
SEGURO DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013727859546
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 912993707 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME
EMANUEL GOMES LEITE

SERRA TALHADA-PE

CPF/CNPJ 068.437.724-12 PLACA KJU1731

PLACA ANT. UF *****/PE CHASSI 9C2KC06507R049098

ESPECIE TIPO **PA3 /MOTOCICLETA** COMBUSTIVEL **GASOLINA**

MARCA / MODELO **HONDA/CG 150 TITAN ES** ANO FAB. 2007 ANO MOD. 2007

CAP / POT / CIL 2P/149CL CATEGORIA **PARTIC** COR PREDOMINANTE **PRETA**

COTA ÚNICA **IPVA 2018 QUITADO** VENC. COTA ÚNICA **1ª *******

FAIXA TRVA ***** PARCELAMENTO / COTAS **2ª *******

3ª *****

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

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

DECLARAÇÃO DE PONTE GRÁTIS - FÓRUM

DECLARAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA

SERRA TALHADA DATA 02/08/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 013727859546 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EMANUEL GOMES LEITE

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

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

SERRA TALHADA-PE EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 02/08/18

VIA 1 CPF/CNPJ 068.437.724-12 PLACA KJU1731

RENAVAM 912993707 MARCA / MODELO **HONDA/CG 150 TITAN ES**

ANO FAB. 2007 CAT. TARE 09 Nº CHASSI 9C2KC06507R049098

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTINATÁRIO DO SEGURO É O SEU BILHETE DE SEGURO DPVAT
SEM NÍVEL DE PONTE OBRIGATORIO

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR. 2019
SEGURO DPVAT



REMETENTE:
GEORGE CARLOS MELLO LIMA
RUA - ANTONIO TOME DE SOUSA Nº 573
BAIRRO SÃO CRISTÓVÃO - SERRA TALHADA PE
CEP 56.903-220

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR. 2019
SEGURO DPVAT

EXCELSIOR SEGUROS
[REDACTED]
SEGURO DPVAT

EXCELSIOR SEGUROS
[REDACTED]
SEGURO DPVAT



DESTINATÁRIO
EXCELSIOR SEGUROS
AV. MARAQUÊS DE OLINDA, 175
RECIFE PE
CEP. 50030-000
Tel. (041) 81 - 3087-9200

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR. 2019
SEGURO DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190273272 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do fêmur esquerdo.

Descrição do exame físico: Bloqueio articular do joelho esquerdo associado a instabilidade articular acarretando limitação funcional do membro inferior esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetida a tratamento cirúrgico da fratura do fêmur esquerdo.
Sem menção a fisioterapia.
Recebeu alta médica em 06/2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional moderada do membro inferior esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 01/07/2019

Conduta mantida: Não

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do joelho esquerdo, com comprometimento funcional e diminuição da força do membro inferior esquerdo.
OBS : Trata-se de sinistro com pagamento.Vítima indenizada em 50% do Joelho esquerdo, recebe agora indenização complementar.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 32,1 %	22,47%	R\$ 3.033,45
Total			22,47 %	R\$ 3.033,45



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190273272 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do fêmur esquerdo.

Descrição do exame físico: Bloqueio articular do joelho esquerdo associado a instabilidade articular acarretando limitação funcional do membro inferior esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetida a tratamento cirúrgico da fratura do fêmur esquerdo.
Sem menção a fisioterapia.
Recebeu alta médica em 06/2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional moderada do membro inferior esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 01/07/2019

Conduta mantida: Não

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do joelho esquerdo, com comprometimento funcional e diminuição da força do membro inferior esquerdo.
OBS : Trata-se de sinistro com pagamento. Vítima indenizada em 50% do Joelho esquerdo, recebe agora indenização complementar.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 32,1 %	22,47%	R\$ 3.033,45
Total			22,47 %	R\$ 3.033,45



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190273272 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: 1 SINISTRO COM PAGAMENTO R\$ 1.687,50 - DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO ESQUERDO - VÍTIMA INDENIZADA POR AMD EM 03/05/2019 - APRESENTA NOVO RELATÓRIO MÉDICO. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190273272 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @1 SINISTRO COM PAGAMENTO R\$ 1.687,50 - DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO ESQUERDO - VÍTIMA INDENIZADA POR AMD EM 03/05/2019 - APRESENTA NOVO RELATÓRIO MÉDICO. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190273272 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: @1 VÍTIMA COM 76 ANOS

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190273272 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL E SUMÁRIO DE ALTA;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190273272 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: @1 VÍTIMA COM 76 ANOS

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante CARMOZINA ANA GOMES LEITE,
portador(a) do documento de identidade nº 1.847.899, expedido por SDS,
em 01/01/18 inscrito no CPF sob o nº 984.054.214-82, residente na
Augusto José Duarte, nº 1325,
complemento Casa, Bairro IPSE, cidade
SERRA TALHADA, Estado PE, Data do acidente 02/04/2019
DPVAT cobertura INVALIDEZ.

2. Outorgado GEORGE CARLOS MELLO LIMA,
portador(a) do documento de identidade nº 5840550, expedido por SSP-PE,
em 24/07/2017 inscrito no CPF sob o nº 008.475.324-29, residente na
ANTONIO TOMÉ DE SOUZA, nº 573,
complemento CASA, Bairro SÃO CRISTOVÃO, cidade
SERRA TALHADA, Estado PE.

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

SERRA TALHADA-PE 25 de 03 de 2019.

Outorgante X Carmozina Ana Gomes Leite

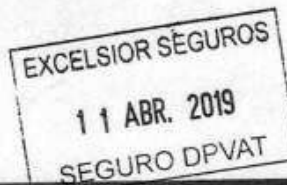


CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
Telefone: (81) 39311-924

Reconheço a Firma por Autenticidade de CARMOZINA ANA GOMES LEITE. Dou Fé. Serra Talhada - PE. Em Teste () da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva - Titular. () Maria Lúcia de Sousa - Substituta. Emol. - R\$ 3,39. TSNU - R\$ 0,80. EERC - R\$ 0,40. ISS - R\$ 0,20.

Selo: 0074872.IRA03201901.02839 25/03/2019 13:35:50
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital

Maria Lúcia de Sousa
Substituta
CPF: 187.093.384-20



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0125587/19

Vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

CPF: 984.057.214-87

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

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

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

CARMOZINA ANA GOMES LEITE : 984.057.214-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/04/2019
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/04/2019
Nome: SIMONE BARBOSA CORREIA
CPF: 026.826.254-36

GEORGE CARLOS MELO LIMA

SIMONE BARBOSA CORREIA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0125587/19

Número do Sinistro: 3190273272

Vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

CPF: 984.057.214-87

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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 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: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/06/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0125587/19

Número do Sinistro: 3190273272

Vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

CPF: 984.057.214-87

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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 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: 02/05/2019
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/05/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

