

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 70.436, de 26/04/02

celpe
neoenergia

DADOS DO CLIENTE
MIGUEL DE LUCENA LIMA

CPF: 218 431 304-63

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIA
RESIDENCIAL

APENAS FÍSICA	NAME	TIPO DE F.
054961374	UNICA	0705/2019
07/05/2018	0000157906	0540380

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA EVALDO FRANCA 160-A
GUADALUPE/OLINDA
OLINDA/PE
52340-340

DATA DE VENCIMENTO
7027954299 06/2019
DATA DE VENCIMENTO
14/06/2019 09/07/2019
VALOR FÍSICO 181,49

DETALHAMENTO	VALOR FÍSICO
Consumo Ativo (kWh)	198,77
Acréscimo Bandeira Ativa (kWh)	2,16
Corrida: Aum. Pública (kWh)	13,44
ICMS Subvenção CDE-PE 053845904-17/03/19	1,09
ICMS Subvenção CDE-PE 057403587-09/04/19	1,18
Multa por atraso-NF 081300526 - 09/05/18	0,40
Juros por atraso-NF 081300525 - 09/05/19	1,02
Atualização IGPME-NF 0817200545 - 09/05/19	0,41

TOTAL DA FATURA

TIPO DE MÍDIA	TIPO DA FUNÇÃO	ANTES	DEPOIS	DATA	VALOR	VALOR CONSTANTES	VALOR	VALOR BÁSICO
2181374	CAT.	0000157906	0540380	07/05/2018	181,49	1,00000	181,49	181,49

COMPOSIÇÃO DA FATURA
MÍDIA: 0000157906 | VALOR: 181,49 | DATA: 07/05/2018

Pg' d1021

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 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Janezze Andrade do Silveira inscrito (a) no CPF 075.880.264-13, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sonia Maria Pinheiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 031386244-30, do sinistro de DPVAT cobertura Incendiário da Vítima Sonia Maria Pinheiro, inscrito (a) no CPF sob o Nº 031386244-30, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

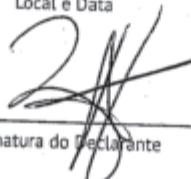
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

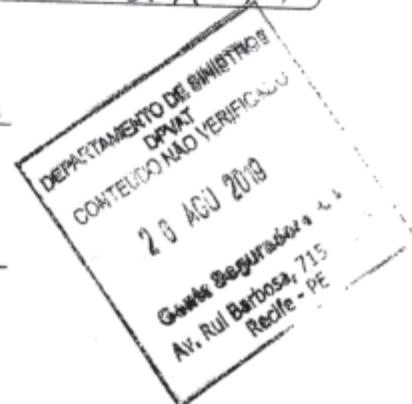
Endereço	AV. Guararapes	Número	624	Complemento	AP 201
Bairro	Jd. Atlântico	Cidade	Olinda	Estado	PE
Email		Telefone comercial (DDD)	30123030	Telefone celular (DDD)	988271879

Olinda, 19 de Julho de 19

Local e Data



Assinatura do Declarante



Nome Paciente: SONIA MARIA PINHEIRO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Feminino
Idade: 58
Senha: 0182
Convênio:
Atendimento:
SAME:

do: 08/03/2019 11:27 - 08/03/2019 11:28

ERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

ade:

URGÊNCIA - AMARELO

AMARELO

ca Principal: TRAZIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS COM HISTÓRIA DE ATROPELAMENTO, REFERE DOR EM MSD
rvação: NG ALERGIA
ograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS
minador(es): - PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS
cialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/03/2019 11:28

Itemento: 1432995

Hora: 09/03/2019 17:26

SANT

Senha da Classificação:

0253

Inte. 322636 SONIA MARIA PINHEIRO

Sexo: FEMININO

e Social :

do Nascimento: 24/06/1968 Idade: 50 anos

Convênio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

e da Mãe: EUNICE MARIA PINHEIRO

Nome do Pai: NAO DECLARADO

do Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Preço: CASSIMIRO DE ABREU

55

Bairro: BULTRINS

de/UF: OLINDA

PE

Cep: 53320270

Usuário Atendimento: WAGNERFB

Identidade):

Data de Emissão:

(Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 31844303

(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Exa Principal

Exame Físico

 hipótese Diagnóstico

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

transferido:

para: _____ Senha: _____

Carimbo/Médico

1432995



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da se lha: 09/03/2019 17:08

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Nome Paciente: SONIA MARIA PINHEIRO
Cód. Paciente: 322636
Data de Nascimento: 24/06/1968
Sexo: Feminino
Idade: 50
Senha: 0253
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 09/03/2019 17:09 - 09/03/2019 17:09

FABIANA SOARES DE FRANCA DOS PRAZERES - COREN: 343138 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor:

Queixa Principal:

Observação:

Fl grama sintoma:

Di iminador(es):

E cialidade:

URGÊNCIA - AMARELO

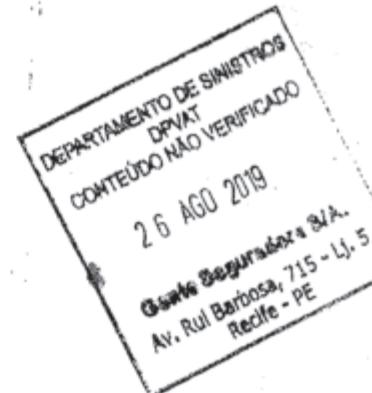
AMARELO

TRAUMA EM MSD

RENOVACAO

TRAUMA

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: FABIANA SOARES DE FRANCA DOS PRAZERES - COREN: 343138 - FUNÇÃO:
ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 09/03/2019 17:09

ema de Acolhimento com Classificação de Risco



UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
OLINDA

GESTÃO

IMIP

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE OLINDA

GREGÓRIO BEZERRA

SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DA FICHA DE ATENDIMENTO

Eu, Sonia maria Pinheiro
(estado civil) sóteira, RG de nº 8.522.285, residente
na: Bonsucesso, lase da
crianga Fone: 983057903

Data de Nascimento: 24/06/1968

Solicito uma cópia da ficha de atendimento do dia 08 de março de 2019
na especialidade de: Ortopedia

Nesta unidade de pronto atendimento.

2 _____
Patiente



Olinda, 20 de março de 2019

COO: 33108

Encaminhamento Para Retorno Pós-Cirúrgico

Nome: SONIA MARIA PINHEIRO

Atendimento: 214335

Idade: 50 Anos, 10 Meses e 14 Dias

Prontuário: 764671

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Sexo: Feminino

Médico: CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO

Dia: 03/07/2019

Hora: 07:00

Liberar a entrada ao ambulatório de pacientes cirúrgicos e pós-operatórios, mediante a apresentação desse encaminhamento ambulatório.

Procedimento a ser realizado:

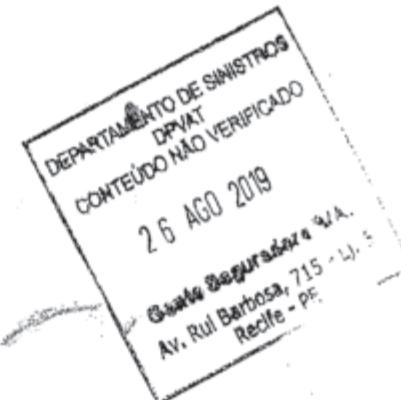
RAIOS X MAO OU QUIRODACTILOS - DIREITA

L. Pinheiro AP/PP

Obs: O Paciente deverá comparecer ao ambulatório para marca a consulta.

JABOATÃO DOS GUARARAPES - 08 DE MAIO DE 2019

LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA
CRM: 23550



RECEITUARIO MÉDICO

PACIENTE: SONIA MARIA PINHEIRO

USO ORAL

1. DIPIRONA 500mg
TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS EM CASO DE DOR
[06h] [12h] [18h] 20 COMPRIMIDOS
2. VITAMINA C 500mg
TOMAR 01 COMPRIMIDO, 1 VEZ AO DIA, POR 45 DIAS 45 COMPRIMIDOS
3. CEFALEXINA 500mg
TOMAR 01 COMPRIMIDO 6/6 HORAS POR 7 DIAS 28 COMPRIMIDOS

DATA: 14/03/2019

Dra. Maria Aparecida Lira
Ortopedia e Traumatologia
CRMPE/4886

ASSINATURA E CARIMBO



LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

PACIENTE: SONIA MARIA PINHEIRO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PÉRIODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA

CID-10: S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

DATA DE INTERNAMENTO: 09/03/2019

DATA DA CIRÚRGIA: 13/03/2019

DATA DE ALTA: 14/03/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 27/03/2019 HORÁRIO: 07:00

MÉDICO ASSISTENTE: DR. CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO

Dra. Maria Aparecida Lira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 1886

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 14 DE MARÇO DE 2019

MÉDICO: MARIA APARECIDA LAURIANO DE LIRA

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 202928

Nascimento: 24/06/1968

Responsável:

Prontuário: 764671

Sexo: Feminino

Nome: SONIA MARIA PINHEIRO

Data e Hora do Atendimento: 09/03/19 22:05:10

Idade: 50 Anos, 8 Meses e 13 Dias

Profissão:

Escolaridade:

CPF: 03138624430

Identidade: 8522285

Telefone:

Conjuge:

Estado Civil:

Cartão SUS: 704005828536866

Nome da Mãe: EUNICE MARIA PINHEIRO

Nome do Pai:

Endereço: RUA CHUI, BULTRINS, CEP: 53320270, Nº 55, OLINDA - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 14 - LEITO 03

Médico: MILENA NOVAIS TORRES ALVES - CRM: 27374

CID:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

RESUMO DE INTERNAMENTO

PACIENTE COM DOR E TORTUOSIDADE EM MSD APÓS TRAUMA HÁ 2DIAS.

TECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

HAS+ DM- FAZ USO DE LOSARTANA 12/12H E HCTZ
NEGA ALERGIAS

EXAME FÍSICO GERAL:

EGREG, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL

AP - CARDIO - VASCULAR:

RCR EM 2T BNF SS

AP - RESPIRATORIO:

MV+ EM AHT S/ RA

ABDOMEN:

FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL, INDOLOR

P - GENITO - URINARIO:

NDN

OUTROS:

EXTREMIDADES SEM EDEMAS

HIPÓTESE DIAGNOSTICA:

1- FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO 2- HAS

DIAGNOSTICO DEFINIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

14-03-19

HORA DE SAÍDA:

Milena Novaes Alves

Médica

MILENA NOVAIS TORRES CRM-PE: 27374 CRM: 27374

Sumário de Admissão e Alta

Nome: SONIA MARIA PINHEIRO

Prontuário: 764671

Atendimento: 202928

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Feminino

Leito: ENF 14 - LEITO 03

Diagnóstico Inicial (Constante no LaudoMédico): FRATURA DE RADIO DISTAL

CID: 5525

Procedimento Solicitado: 0408020407 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

Tempo de permanência Previsto:

04/03/2019

Procedimento SUS Realizado: 0408020377 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPIANOS

distorção -> Frac. rech. distal D

01. Cirurgião: CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO

02. 1. Auxílio Cirúrgico: FRANCISCO DINIZ BORBOREMA

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

3. Auxílio Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesista: RODRIGO JOSE FLORO LUCIANO DA SILVA

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

Mudança de Procedimento
 Diária de UTI
 Diária de Acompanhante
 Vacina Anti -- Rh

Uso de Prótese Órtese
 Uso de Fatores de Coagulação
 Uso de Oxigenadores
 Nutrição Parenteral

Resumo do Caso: PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO, SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Diagnóstico Secundário: S623 - FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO

Motivo da Alta: Alta com retorno

Data de Internação: 09/03/2019

Data da Alta: 14-03-19

Dias de Hospitalização:

dia (s).

FRANCISCO DINIZ BORBOREMA

CRM: 25489

Francisco D. Borboleta
Médico
CRM-PE 25489

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: SONIA MARIA PINHEIRO

Prontuário: 764671

Atendimento: 202928

Unidade de Internação / Leito: ENF 14 - LEITO 03

Sexo: Feminino

Idade: 50 Anos, 8 Meses e 17 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: 5525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Risco Operatório:

Cirúrgia(s) Realizada(s): 0408020407 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO
0408020377 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPIANOS

Data: 13/03/2019

01. Cirurgião: CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO

02. 1. Auxílio Cirúrgico: FRANCISCO DINIZ BORBOREMA

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

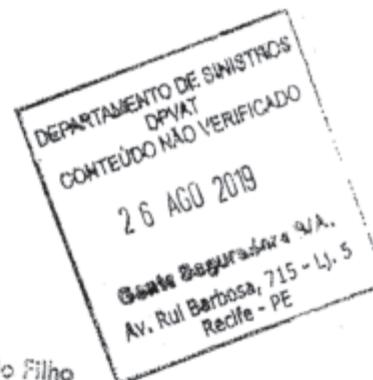
Anestesia:

06. Anestesia: BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL

07. Anestesista: RODRIGO JOSE FLORO LUCIANO DA SILVA

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA DE PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSICAO DE CAMPOS ESTÉREIS
REDUÇÃO DAS FRATURAS O MAIS ANATOMICO POSSIVEL
FIXAÇÃO DE FRATURA EM RÁDIO DISTAL DE 03 FIOS DE KIRSCHNER 2,0 CRUZADOS
FIXAÇÃO DE FRATURA EM 5º METACARPO COM DOIS FIOS CRUZADOS DE KIRSCHNER 1,5 CRUZADO
CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
CURATIVO
IMOBILIZAÇÃO COM TALA GARRAFA GESSADA



Dr. Carlos Cândido Filho
Ortopedia-Cirurgia do Joelho
CPF: 038.159.674-50
CRM-PB 6948 - TECI 13125
CRM-PE 18336

FRANCISCO DINIZ BORBOREMA

CRM: 25489

Francisco D. Borborema
Médico
CRM-PE 25489



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.A.T.SAM.01

REVISÃO

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAÍDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Sonia Maria Pinheiro

REGISTRO: 764671 DATA DE NASCIMENTO: 24/06/1968

RG: 8.522.285 ORGÃO EMISSOR: SOS / PF

ENDEREÇO: Rua I nº 55 Bairro Sucesso Alinda

NOME DA MÃE: Eunice Maria Pinheiro

DATA ADMISSÃO: 09/03/2019 DATA ALTA: 14/03/2019

DATA DO PROCEDIMENTO: 13/03/2019 CID: 552.5 + 562.3

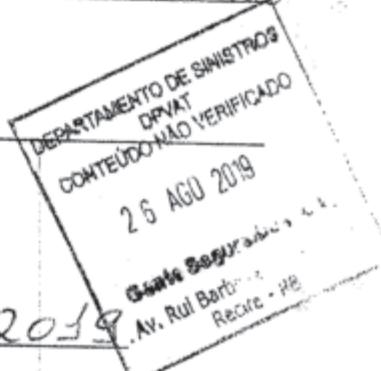
DIAGNÓSTICO: Fratura da Extremidade Distal
do Rádio Direito + Fratura de Metacarpo

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura
da Extremidade/metáfise Distal dos ossos do
Antebraço Direito + Tratamento Cirúrgico de
Fratura/Lesão Fisária dos metacarpianos Direito

MÉDICO: Carlos Cândido

CREMEPE: 18336

JABOATÃO DOS GURARAPES, 27 DE março DE 2019



Dr. Carlos Cândido Filho
ORTOPEDIA-ORURGIA DO JOELHO
CRM-PE 6464 - TEP: 13035 - CRM-PE 18.236
CPF: 059.159.674-50

MÉDICO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.AT.SAM.01

REVISÃO

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Sonia Maria Pinheiro

REGISTRO: 764671 DATA DE NASCIMENTO: 24/06/1968

RG: 8.522.285 ORGÃO EMISSOR: SOS/PE

ENDEREÇO: Rua 1 n° 55 Bem Sucesso Olinda

NOME DA MÃE: Eunice maria Pinheiro

DATA ADMISSÃO: 09/03/2019 DATA ALTA: 14/03/2019

DATA DO PROCEDIMENTO: 13/03/2019 CID: S52.5 + S62.3

DIAGNÓSTICO: Fratura da Extremidade Distal
do Rádio Direito + Fratura de Metacarpo

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura
da Extremidade/metáfise Distal dos ossos do
Antebraço Direito + Tratamento Cirúrgico de
Fratura/Lesão Fisaria dos metacarpianos Direito

MÉDICO: Carlos Cândido

CREMEPE: 18336

JABOATÃO DOS GURARAPES, 27 de março de 2019

Dr. Carlos Cândido Filho
ORTOPÉDIA-CIRURGIA DO JOELHO
CRM-PB 1043 - CRM-PE 10.336
CNPJ: 0531159.674-50

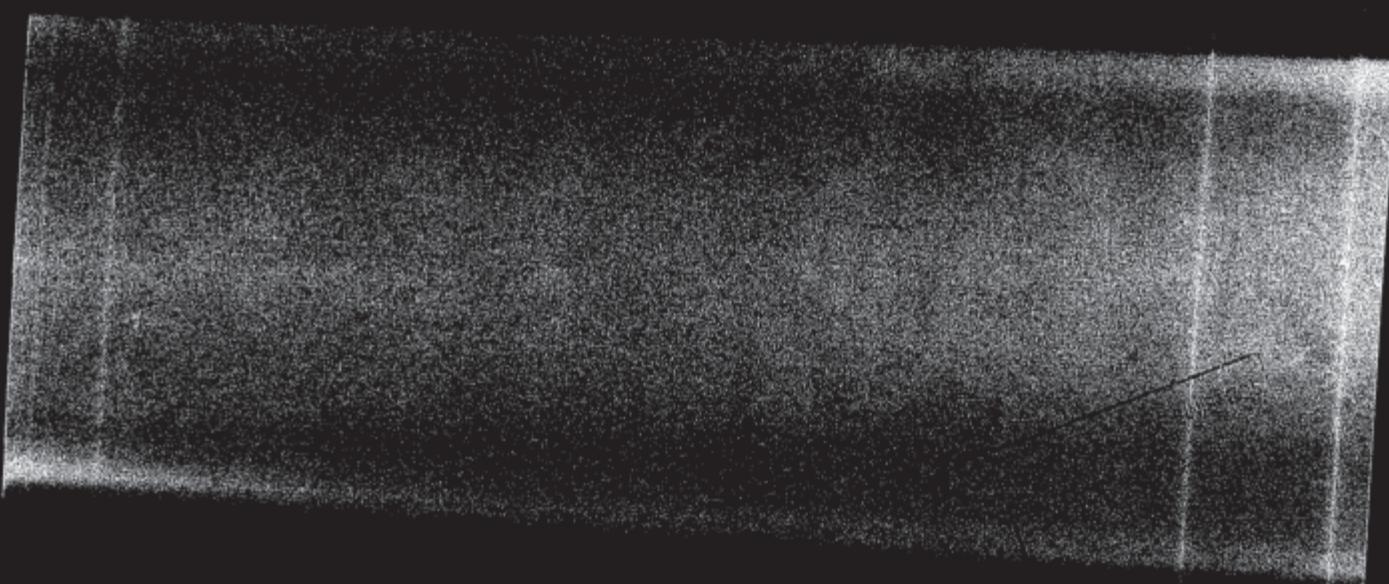
MÉDICO

Data de nascimento: 24/06/1968
ID: 764671



DR

Hora de aquis
Índice de



13cm



MAO
P
V: 4095, L: 2048
de técnico radiologia

ANIEIRO, O
cimento:24/06/1968

WILMOWA LUBOWIA HOSPTAL

Data de aquis.:24/04/2019
Hora de aquis.:08:09:02
Índice de exp.:1398

10cm

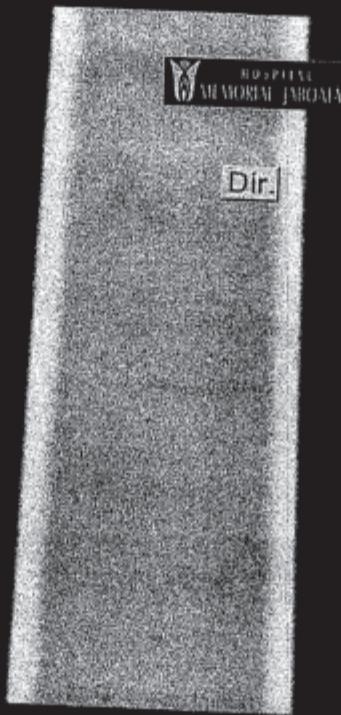
2048

14cm

Escala:0.0

SONIA MARIA PINHEIRO,,
Sex:Feminino
Data de nascimento:24/06/1968
ID:764671.....

Data de aquis.:08/05/2
Hora de aquis.:08:21
Índice de exp.



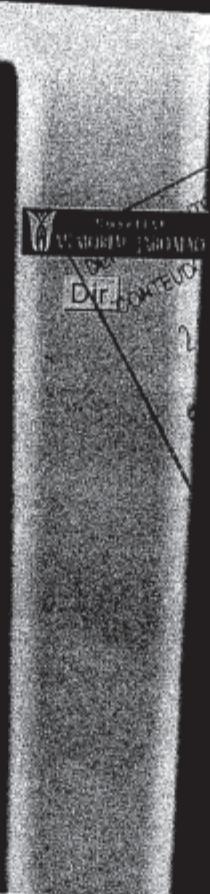
MÃO
AP
W: 4096, L: 2048
ID de técnico:admin

SONIA MARIA PINHEIRO,,
Sex:Feminino
Data de nascimento:24/06/1968
ID:764671.....

14cm

Escala:0
H

Data de aquis.:08/05/20
Hora de aquis.:08:19
Índice de exp.:12



SONIA MARIA PINHEIRO,
Sex: Feminino
Data de nascimento: 24/06/1968
ID: 764671

Dir.

Data de aquis.: 17/07/201
Hora de aquis.: 07:33:1
Índice de exp.: 293

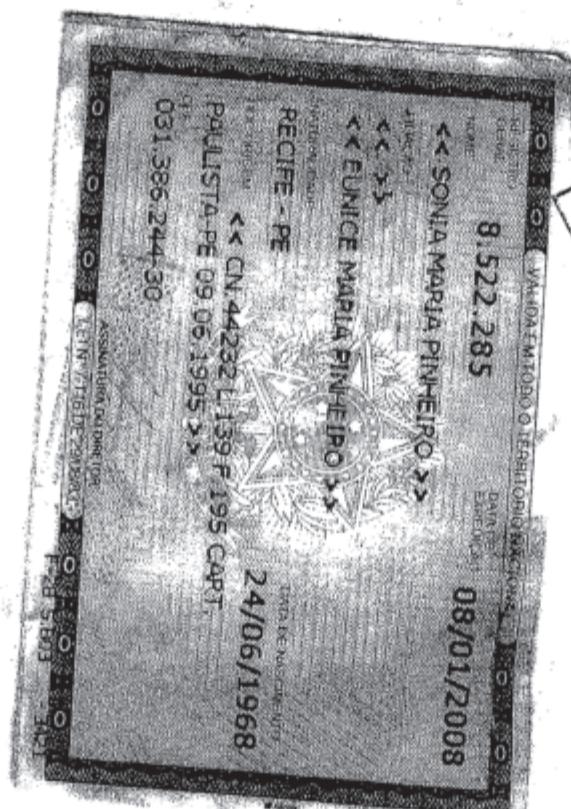
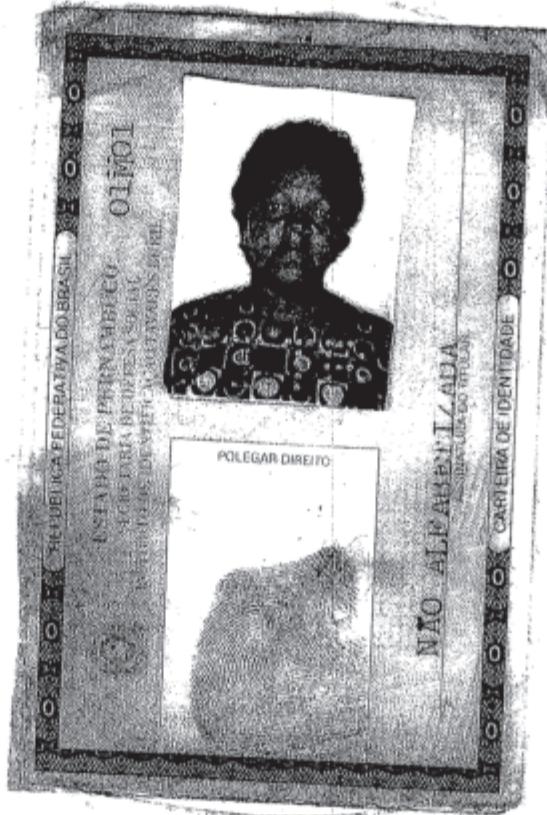
11cm

2307, L: 2'86
de técnico: edmilia

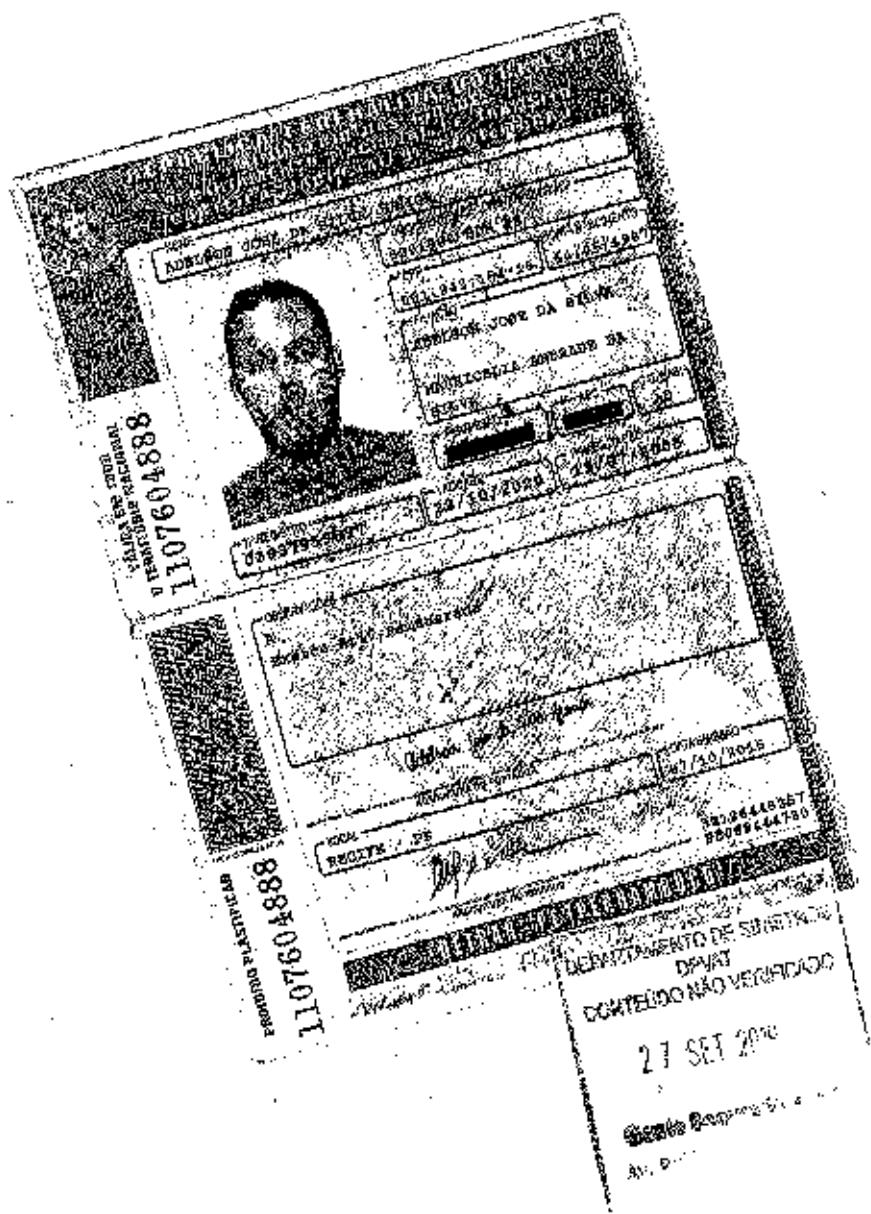
HOSPITAL
MEMORIAL JABOTÁO

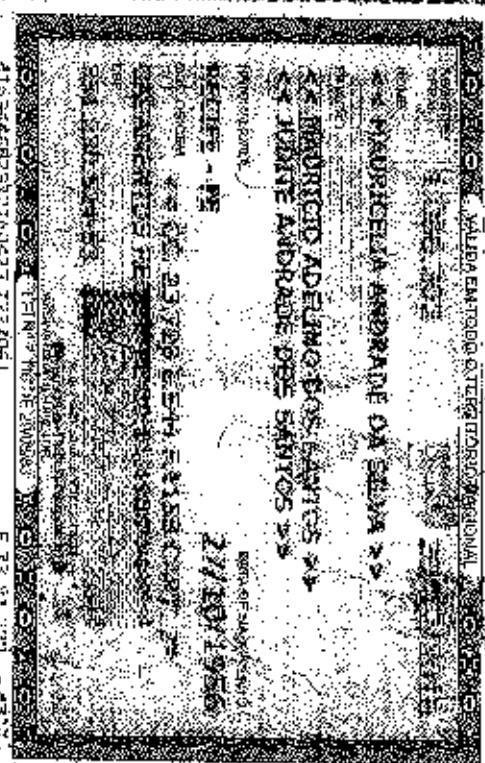
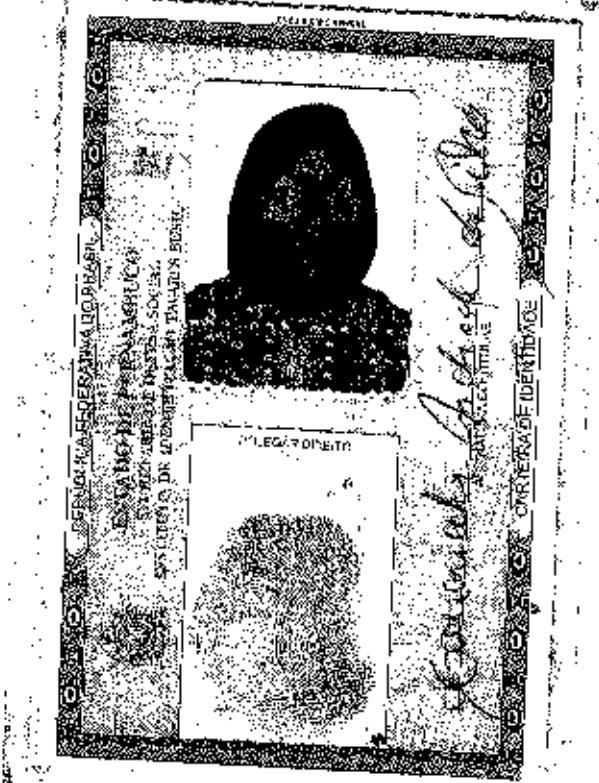
DEPARTAMENTO
CONTEÚDO RX
26 AGO 2018
Gente Seguradora RX
sul Barbosa, 71
Recife - P

10











Vencimento

09/08/2019

A-Total (R\$)

1.047,33

B - Pagamento

200 nm

BV MERCE

PAGUE ESTA FATURA E GANHE
248 PONTOS NO BANAMEBECU

SALDO ANTERIOR DE PONTOS: 4.50

Conselho regulatório de preços em Juiz de Fora

Quer parcelar a fatura deste mês?

Parcela o valor de R\$ 1.047,33 em pagamentos fixos
e ganhe tempo para organizar suas finanças.

12x R\$ 140,85	11x	08x	05x
10x sem juros	R\$ 147,68	R\$ 179,44	R\$ 251,98
assinatura			

Quer parcelar o saldo total do seu cartão?

O Seu Devedor Total no seu cartão (até o fechamento de sua fatura) é composta por R\$ 1.047,39 (A - total de sua fatura) + as parcelas a vencer nos próximos meses, somando o valor de R\$ 2.757,51. Pague-se com taxas reduzidas.

24x	21x	18x	15x
R\$ 222,94	R\$ 236,15	R\$ 254,59	R\$ 281,43



Para contratar um dos planos acima, efetue um único pagamento no valor exato da parcela desejada até 09/08/2019.
As demais parcelas serão pagas nas faturas seguintes. Os juros a serem cobrados já estão inclusos nos valores das parcelas. O IGF será cobrado na próxima fatura. Caso diferencie dos planos informados, mas entre o valor da menor parcela apresentada acima e o pagamento mínimo, você estará contratando o parcelamento Compulsório. Caso inferior à menor parcela, será cobrado o IGF. Pagamento Mínimo, será considerado atípico. Só é feito aos encargos previstos no Contrato.



Neste mês você tem taxas reduzidas

Banco Votorantim		65590-00002 00248.500068 22224.506000 1 00000000000000		
Beneficiário/CNPJ	IV Filtraria SA, CNPJ 001.146.953/0001-49			
Endereço/Cidade/UF/CEP	Avenida das Nações Unidas, nº 14.171, Torre A, B2 andar - Conjunto 02 - Vila Bela Vista, CEP 04194-000 - São Paulo/SP			Mosso Número 023850006212242506
Nr. Documento	032224536			Data de Vencimento 09/08/2019
Pagador/CPF/CNPJ	ADELSON JOSE DA SILVA CPF: 453.574.254-34			Valor Documento 1.047,23
Endereço/Cidade/UF/CEP	F.D.O. TOR MILICIA PINAS SOL AP 05 - BUL. RINS. OL RGA - PR 51320-050			(*) Valor Cobrado
Banco Votorantim	65590.00002 00248.500068 22224.506000 1 00000000000000			Autenticação Mecânica
Local de Pagamento	Pagável em qualquer banco			Data de Vencimento
Beneficiário/CNPJ				09/08/2019
IV Filtraria SA, CNPJ 001.146.953/0001-49 Avenida das Nações Unidas, nº 14.171, Torre A, B2 andar - Conjunto 02 - Vila Bela Vista, CEP 04194-000 - São Paulo/SP				Agência / Código Beneficiário 0001-9 / 1092477-1
Data do Documento 25/07/2019	Número do Documento 3632224536	Especie do Documento FNE	Acordo	Data de Processamento 25/07/2019
Usu. do Banco	Carteira	Especie HS	Quantidade ****	Mosso Número 0248500062224506
	50:			Valor ****

ADELSON JOSE DA SILVA
R DOUTOR MILTON PINA 901 AP 02
BULTRINS
53320-060 OLINDA-PE



Instruções

- 1 Preencha o campo "VALOR COBRADO" com o valor que está sendo pago;
- 2 Peçam em qualquer banco, mesmo após o vencimento;
- 3 Em caso de dificuldade de pagamento parcial, haverá necessidade de apresentar que serão inclusos na proxima fatura, consulte o valor desse débito no CEF e mais informações;
- 4 Preenchimento da fatura: pague o que se exige da parcela vencida ate a data de vencimento, em um único pagamento;
- 5 Vencimento alterado: pague o valor exato de R\$ 1.080,32 e 18,00 de juros de mora.

CPF: 253.544.750-30

Auslese aus den Magazinen

154 DE COMPTES

四百四十一

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Sonia Maria Pinheiro
 (a), Viuva (estado civil), do lar (profissão), portador (a) da
 Cédula de Identidade RG nº 8.522.285, inscrito (a) no CPF/MF sob nº
03138624430, residente e domiciliado (a) na Rua
7 de Setembro, nº 160, Bairro: Guadalupe
 Cidade: Olinda, Estado: PE, CEP: 53240-440 que outorga os
 poderes constante nesta procuração,

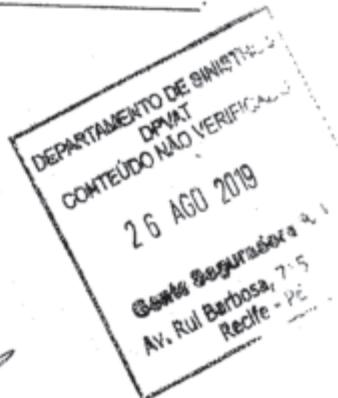
OUTORGADOS: DRº ADELSON JOSÉ DA SILVA, brasileiro, casado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 25.645 - D, que também assina DRª VANESSA ANDRADE DA SILVA, brasileira, casada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 33.821 - D, a quem substabelecer, ambos com endereço profissional à Av. Chico Science, Nº 72, Loja 07, Bultrins – Olinda/PE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meus bastantes procuradores e outorgados acima qualificados, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que os outorgados dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

Sonia Maria Pinheiro

FINALIDADE: DEFENDER OS INTERESSES DO OUTORGANTE.

Cidade: Olinda, Data: 22 de JULHO de 19




 (Assinatura do Outorgante)
 (Reconhecer firma por autenticidade)

R. Professor José Cândido Pessoca, 48
Bairro Novo - Olinda - PE Fone: (81) 3439-1709

Reconheço por autenticidade a firma
ADELSON JOSE DA SILVA. Dou fé.
Consulte a autenticidade do selo digital em www.tjpe.jus.br/selodigital



Selo: 0150672.PNI06201901.04128 - Ato: Rec. de Firma.

Data: 22/07/2019 09:32:11

EMOL: R\$ 3,59 TSNR: R\$ 0,80 FERC: R\$ 0,40 Rafael Gomes de Menezes
FERM: R\$ 0,04 FUNSEG: R\$ 0,08

Escrevente

DE NOTAS DE OLINDA

20

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: SONIA MARIA PINHEIRO, brasileira, solteira, do lar, portador (a) da Cédula de Identidade RG nº 8.522.285 SDS/PE, inscrito (a) no CPF/MF sob nº 031.386.244-30, residente e domiciliado (a) na Travessa 1 da Saudade, nº 160, Bairro: Guadalupe, Cidade: Olinda, Estado: PE, CEP: 53240-440, que outorga os poderes constantes nesta procuração,

OUTORGADOS: DR^a VANESSA ANDRADE DA SILVA, brasileira, casada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 33.821 - D, a quem substabelecer, com endereço profissional à Av. Chico Science, N^o 72, Loja 07, Bultrins - Olinda/PE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meus bastantes procuradores e outorgados acima qualificados, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que os outorgados dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima **SONIA MARIA PINHEIRO**.

FINALIDADE: DEFENDER OS INTERESSES DO OUTORGANTE.

Olinda, 16 de Setembro de 2019



IMPRESSÃO DIGITAL DA VÍTIMA/OUTORGANTE SONIA MARIA PINHEIRO
CPF/MF sob nº 031.386.244-30

Adelson José da Silva
CPF nº 253.574.254-34
ASSINATURA A RODO

Dra. Vanessa Andrade da Silva
OAB/PE 33.821
Outorgado

DEPARTAMENTO DE
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFI

27 SET 2019

Assinatura Registrada
Dr. Adelton Barbosa, Jr.
Ricardo - 9

Adelson José da Silva Júnior
Adelson José da Silva Júnior
CPF nº 061.243.154-16
Testemunha 01

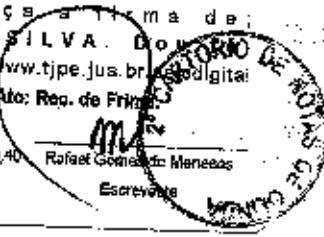
Mauricélia Andrade da Silva
Mauricélia Andrade da Silva
CPF nº 351.230.524-53
Testemunha 02



R. Professor José Cândido Pessoa, 48
2º Ofício de Olinda
Bairro Novo - Olinda - PE Fone: (81) 3439-1709

Reconheço por semelhança a firma de:
MAURICELIA ANDRADE DA SILVA. Dou fé.
Consulte a autenticidade do selo digital em www.tjpe.jus.br/selodigital

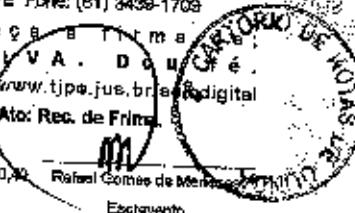
Selo: 0150672.AHN08201901.03931 - Atº: Rec. de Firma
Data: 20/09/2019 16:03:53
EMOL: R\$ 3,59 TSNR: R\$ 0,80 FERC: R\$ 0,40 Rafael Gomes de Menezes
FERM: R\$ 0,04 FUNSEG: R\$ 0,08
Escrivão



R. Professor José Cândido Pessoa, 48
2º Ofício de Olinda
Bairro Novo - Olinda - PE Fone: (81) 3439-1709

Reconheço por semelhança a firma de:
ADELSON JOSE DA SILVA. Dou fé.
Consulte a autenticidade do selo digital em www.tjpe.jus.br/selodigital

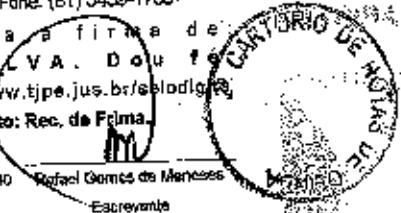
Selo: 0150672.ZAF08201901.03929 - Atº: Rec. de Firma
Data: 20/09/2019 16:02:04
EMOL: R\$ 3,59 TSNR: R\$ 0,80 FERC: R\$ 0,40 Rafael Gomes de Menezes
FERM: R\$ 0,04 FUNSEG: R\$ 0,08
Escrivão



R. Professor José Cândido Pessoa, 48
2º Ofício de Olinda
Bairro Novo - Olinda - PE Fone: (81) 3439-1709

Reconheço por semelhança a firma de:
VANESSA ANDRADE DA SILVA. Dou fé.
Consulte a autenticidade do selo digital em www.tjpe.jus.br/selodigital

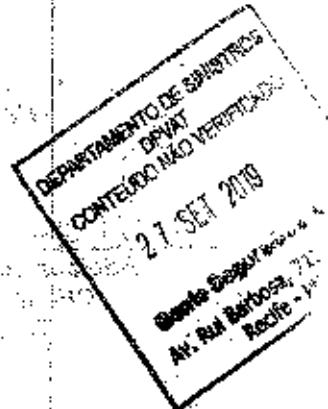
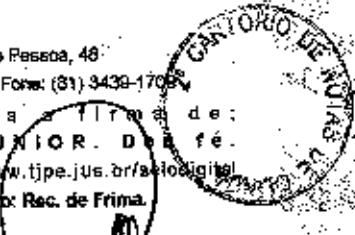
Selo: 0150672.MGS08201901.03932 - Atº: Rec. de Firma
Data: 20/09/2019 16:04:06
EMOL: R\$ 3,59 TSNR: R\$ 0,80 FERC: R\$ 0,40 Rafael Gomes de Menezes
FERM: R\$ 0,04 FUNSEG: R\$ 0,08
Escrivão



R. Professor José Cândido Pessoa, 48
2º Ofício de Olinda
Bairro Novo - Olinda - PE Fone: (81) 3439-1709

Reconheço por semelhança a firma de:
ADELSON JOSE DA SILVA JUNIOR. Dou fé.
Consulte a autenticidade do selo digital em www.tjpe.jus.br/selodigital

Selo: 0150672.YGX08201901.03930 - Atº: Rec. de Firma
Data: 20/09/2019 16:03:12
EMOL: R\$ 3,59 TSNR: R\$ 0,80 FERC: R\$ 0,40 Rafael Gomes de Menezes
FERM: R\$ 0,04 FUNSEG: R\$ 0,08
Escrivão



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0292521/19

Vítima: SONIA MARIA PINHEIRO

CPF: 031.386.244-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/03/2019

Titular do CPF: SONIA MARIA PINHEIRO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

VANESSA ANDRADE DA SILVA : 075.880.264-13

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

SONIA MARIA PINHEIRO : 031.386.244-30

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: 26/08/2019
Nome: VANESSA ANDRADE DA SILVA
CPF: 075.880.264-13

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

VANESSA ANDRADE DA SILVA

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0292521/19

Número do Sinistro: 3190497938

Vítima: SONIA MARIA PINHEIRO

CPF: 031.386.244-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/03/2019

Titular do CPF: SONIA MARIA PINHEIRO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

VANESSA ANDRADE DA SILVA : 075.880.264-13

Procuração

SONIA MARIA PINHEIRO : 031.386.244-30

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/09/2019
Nome: VANESSA ANDRADE DA SILVA
CPF: 075.880.264-13

VANESSA ANDRADE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/09/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0292521/19

Número do Sinistro: 3190497938

Vítima: SONIA MARIA PINHEIRO

CPF: 031.386.244-30

Data do acidente: 08/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SONIA MARIA PINHEIRO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

SONIA MARIA PINHEIRO : 031.386.244-30

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/11/2019
Nome: VANESSA ANDRADE DA SILVA
CPF: 075.880.264-13

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/11/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

VANESSA ANDRADE DA SILVA

Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190497938 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SONIA MARIA PINHEIRO **Data do acidente:** 08/03/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.
FRATURA NO 5º METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO RÁDIO (FIOS DE KIRSCHNER). P.11
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA MÃO (FIOS DE KIRSCHNER). P.11
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: * 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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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 Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190497938

Vítima: SONIA MARIA PINHEIRO

Data do Acidente: 08/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VANESSA ANDRADE DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SONIA MARIA PINHEIRO

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT , com preenchimento completo e sem rasuras, com assinatura a rogo de pessoa indicada pela vítima/beneficiário não alfabetizado e de 02 (duas) testemunhas, com a impressão digital do não alfabetizado, pois o entregue não atende a essas orientações. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.
Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", disponível em nosso site, devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois no entregue não foi assinalada uma das opções.

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. 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 Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190497938

Vítima: SONIA MARIA PINHEIRO

Data do Acidente: 08/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VANESSA ANDRADE DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SONIA MARIA PINHEIRO

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. 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, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190497938 **Vítima: SONIA MARIA PINHEIRO**

Data do Acidente: 08/03/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: VANESSA ANDRADE DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SONIA MARIA PINHEIRO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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. 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, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190497938

Vítima: SONIA MARIA PINHEIRO

Data do Acidente: 08/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VANESSA ANDRADE DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SONIA MARIA PINHEIRO

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência atualizado e novos dados telefônicos, pois com o entregue não tivemos êxito no contato.
----------------------------------	---

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. 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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190497938 **Vítima: SONIA MARIA PINHEIRO**

Data do Acidente: 08/03/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: VANESSA ANDRADE DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SONIA MARIA PINHEIRO

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

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: SONIA MARIA PINHEIRO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000917

Conta: 000986391899-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

03138624430

4 - Nome completo da vítima:

Sonia Maria Pinheiros

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

5 - Nome completo:

Sonia Maria Pinheiros

6 - CPF:

03138624430

7 - Profissão:

do lar

8 - Endereço:

TV 1 da Sanduiche

9 - Número:

160

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Guadalupe

12 - Cidade:

Olinda

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53220 240

15 - E-mail:

98305 7903

16 - Tel.(DDD):

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0914

CONTA: 000986391899 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requisição de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar 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 assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanente corrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 AGO 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: _____

Falecidos: _____

30 - Vítima deixou

nascer (val/nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: _____

Falecidos: _____

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

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

34

Impressão digital

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

Adelson José de Souza
40 - Local e Data, Olinda
25357425434

38 - 1º | Nome: Adelson José de Souza
CPF: 25357425434

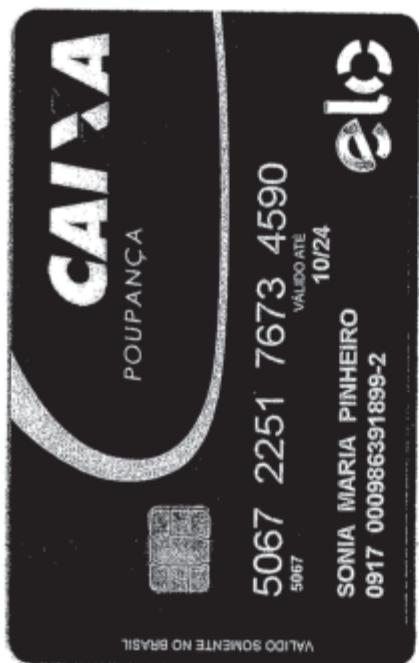
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: Mauricilia Andrade de Souza
CPF: _____

Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Janaina e Sonia.

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:		
3190493938	03138624430	Sonia Maria Pinheiro		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP nº 445/2012				
5 - Nome completo:		6 - CPF:		
7 - Profissão:		8 - Endereço:		9 - Número:
de lar		transversa do Sítio de		10 - Complemento:
11 - Bairro:		12 - Cidade:		13 - Estado:
Guadalupe		Olinda		PE
15 - E-mail:		16 - Tel. (DDD):		17 - Tel. (DDD):
Quavadvocacia@gmail.com		53.240-440		988231879

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo [ANEXAR CÓPIA].		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - TIPOS BANCÁRIOS: 22 - BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO: 23 - REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
24 - AGENCIA: 0911 25 - CONTA: 000986391809 2		
(Incluir o dígito se existir) (Incluir o dígito se existir) (Incluir o dígito se existir)		
26 - CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____		
27 - AGENCIA: _____ 28 - CONTA: _____		
(Incluir o dígito se existir) (Incluir o dígito se existir) (Incluir o dígito se existir)		

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

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

Declaro sob as penas da lei, que estou informando que não tenho laudo do Instituto Médico Legal (IML) para a cobertura de invalidez permanente do Seguro DPVAT por invalidez permanente. Uma vez que assinalar outras 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.

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, desse modo, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e a quantificação das sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, que é de minha responsabilidade a realização da avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:	24 - Data de falecimento da vítima:				
25 - Grau de parentesco com a vítima:	26 - Vítima de seu companheiro(a):	27 - Se a vítima deixou o companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima falecida há: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou o nascituro (velascer): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder paga à, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte de queles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, esclarecendo, aliás, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de ressarcimento ao valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.					

Adilson José da Silva
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
 0253574254-34
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
 37 - Fissura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome: Adilson José da Silva Júnior
 CPF: 061.243.192-46
 Adilson José da Silva Júnior
 Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: Maurilia Andrade da Silva
 CPF: 364.230.529-33
 Maurilia Andrade da Silva
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Olinda 16/09/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190497938
Nome do(a) Examinado(a): Sonia Maria Pinheiro
Endereço do(a) Examinado(a): Avenida da Saudade, 160
Guadalupe Olinda PE CEP: 53240-440
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 8522285
Data local do acidente: [08/03/2019]
Data local do exame: [05/12/2019] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO

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

Tratamento: REALIZOU OSTEOSINTESE COM FIOS K

Complicações: NÃO HOUVE

Data da Alta: ABRIL/2019

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

APRESENTA PUNHO DIREITO COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA E DIMINUIÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO EM 50%

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

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

LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO EM 50% DO PUNHO

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

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

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

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

PUNHO - Lado Direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

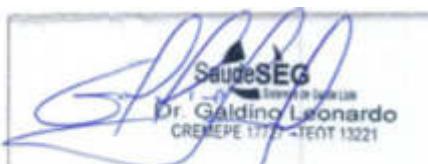
% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



543396



0292521/19



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP 24ª CIRCUÍTIO
DIM/7ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0114005029

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **31/05/2019** às **11:01**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **8/3/2019** às **10:55**

Fato ocorrido no endereço: **RUA LUIZ DE CARVALHO, PRÓXIMO A COMPESA E PORTUGUESA. - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **AVENIDA JOAO DE BARROS, 399 - Bairro: BOA VISTA**
- **RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DO AUTOPASSEIO CAUSADOR DO ACIDENTE (AUTOR / AGENTE)
SONIA MARIA PINHEIRO (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **CONDUTOR DO AUTOPASSEIO CAUSADOR DO ACIDENTE**

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

SONIA MARIA PINHEIRO (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **EUNICE MARIA PINHEIRO** Pai: **NAO DECLARADO** Data de Nascimento: **24/6/1968** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **RUA LAUDECEA LARANJEIRA DA ROCHA, N 55, BACARIOS., PRÓXIMO A CASA DAS CRIANÇAS. - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE BONSUCESSO (BAIRRO), 55, BACARIOS OU BONSUCESSO. - CEP: 55000-000 - Bairro: BONSUCESSO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CASA DAS CRIANÇAS.**

CONDUTOR DO AUTOPASSEIO CAUSADOR DO ACIDENTE (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO AUTOPASSEIO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CONDUTOR DO AUTOPASSEIO CAUSADOR DO ACIDENTE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CONDUTOR DO AUTOPASSEIO CAUSADOR DO ACIDENTE**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A SENHORA SONIA MARIA PINHEIRO INFORMOU QUE NA MANHÃ DO DIA 08 DE MARÇO DE 2019, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO QUANDO TRANSITAVA NA AVENIDA JOAO DE BARROS, S/N, RECIFE, PE. QUE FOI SURPREENDIDA POR UM VEICULO AUTO PASSEIO QUE LHE ATROPELOU, QUE CAIU NO CHÃO

E FOI SOCORRIDA PELA UNIDADE DO CORPO DE BOMBEIRO MILITAR, QUE FOI SOCORRIDA PARA UPA DE OLINDA-PE. QUE FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DE JABOTÃO ONDE FOI SUBMETIDA A CIRURGIA.

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

**SONIA MARIA PINHEIRO
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **GUSTAVO MORAIS DE MELO** - Matricula: **273105-3**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

03138624430

4 - Nome completo da vítima:

Sonia Maria Pinheiros

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

5 - Nome completo:

Sonia Maria Pinheiros

6 - CPF:

03138624430

7 - Profissão:

do lar

8 - Endereço:

TV 1 da Sanduiche

9 - Número:

160

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Guadalupe

12 - Cidade:

Olinda

13 - Estado:

PE

15 - E-mail:

14 - CEP:

53220 240

16 - Tel.(DDD):

98305 7903

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0914

CONTA: 000986391899 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEPARTAMENTO DE INDEMNIZAÇÕES
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 AGO 2019

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requisição de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar 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 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 perdas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascer (val/nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

Sim

Não

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

34

Impressão

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - Assinatura de quem assina rogo/a pedido

Adelson José de Souza
40 - Local e Data, Olinda
25357425434

38 - 1º | Nome: Adelson José de Souza
CPF: 25357425434

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: Mauricilia Andrade de Souza
CPF: _____

Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:		
3190493938	03138624430	Sonia Maria Pinheiro		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP nº 445/2012				
5 - Nome completo:		6 - CPF:		
7 - Profissão:		8 - Endereço:		9 - Número:
de lar		transversa do Sítio de		10 - Complemento:
11 - Bairro:		12 - Cidade:		13 - Estado:
Guadalupe		Olinda		PE
15 - E-mail:		16 - Tel. (DDD):		17 - Tel. (DDD):
Quavadvocacia@gmail.com		53.240-440		988231879

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:									
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo [ANEXAR CÓPIA].											
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:											
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00											
21 - TIPOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)											
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bradesco (237)</td> <td><input type="checkbox"/> Itaú (341)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)					
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)										
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)										
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) <table border="0"> <tr> <td>Nome do BANCO:</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>AGÊNCIA: 0911</td> <td>CONTA: 000986391809</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>(Informar o dígito se existir)</td> <td>(Informar o dígito se existir)</td> <td>(Informar o dígito se existir)</td> </tr> </table>			Nome do BANCO:			AGÊNCIA: 0911	CONTA: 000986391809	2	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
Nome do BANCO:											
AGÊNCIA: 0911	CONTA: 000986391809	2									
(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 que o Seguro DPVAT e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quaisquer ônus do valor recebido.											

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

Declaro sob as penas da lei, que estou informando que não tenho laudo do Instituto Médico Legal (IML) para a cobertura de invalidez permanente do Seguro DPVAT por invalidez permanente. Uma vez que assinalar outras opções:		
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias.		
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, desse modo, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e a quantificação das sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, que esta autorização não significa a prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu resultado.		

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:	24 - Data de falecimento:				
25 - Grau de parentesco com a vítima:	26 - Vítima de seu companheiro(a):	27 - Se a vítima deixou o companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima falecida há: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou o nascituro (velhastre): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder paga à, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte de queles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, esclarecendo, aliás, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de ressarcimento ao valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.					

Adilson José da Silva 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 253.574.254-34		38 - 1º Nome: Adilson José da Silva Júnior CPF: 061.243.192-46 Adilson José da Silva Júnior Assinatura da testemunha	
30 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 31 - Fiss. (firma) de quem assina a rogo/a pedido		39 - 2º Nome: Maurilia Andrade da Silva CPF: 364.230.529-33 Maurilia Andrade da Silva Assinatura da testemunha	
40 - Local e Data: Olinda 16/09/19		41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)	



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

C E R T I D Ã O

Certidão nº 2019APH000440 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). SONIA MARIA PINHEIRO, 49 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 8522285 SSPPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 031386224430, residente à TV 1 DA SAUDADE, nº 180, , GUADALUPE, OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 08/03/2019, por volta das 10:55 hs, no endereço: RUA LUIZ DE CARVALHO, S/N, BAIRRO NOVO OLINDA-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo AUTOMÓVEL GOL, PRATA, OYQ0339-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) SONIA MARIA PINHEIRO, inscrito sob o CPF nº 031.386.244-30 e Registro Geral nº 8522285, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SD 711331-5 SOBREIRA. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO DE OLINDA. Registrado(a) com o prontuário nº 1432345. Ficou aos cuidados do médico XXX, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 15/04/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000440



Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

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: 11/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SONIA MARIA PINHEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00917

CONTA: 000986391899-2

Nr. da Autenticação 2045194A349994AF

卷之三

Digitized by srujanika@gmail.com

1994年1月1日起至1995年1月1日止(8年)

• 100 •

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

EDUCACIONAL
ESTADISTICO

• 118 •

10

THE BOSTONIAN

1236077029

二十九

卷之三

◎ 中国古典文学名著

2016年3月27日 2016年3月27日

1995年1月1日施行

ПОДПИСЬ НА ПОСЛАНИЕ ПАПЫ

1996-1997 学年第一学期 1996-1997 学年第一学期

卷之三十一

SILVER-TIME-PATENT

1000

TYPE DA
M2 7.62MM

— ANTERIOR
DATA IN LETTERS

ATM61 IN DE
DATA | LATURA | CAS

<input type="checkbox"/> Mudou-se	<input type="checkbox"/> Endereço insuficiente	<input type="checkbox"/> Endereço insuficiente	<input type="checkbox"/> Mudou-se
<input type="checkbox"/> Não existe nro. Indicado	<input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> Não existe nro. Indicado
<input type="checkbox"/> Nro procurado	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Nro procurado
<input type="checkbox"/> Data	<input type="checkbox"/> Boleto/Agenda de serviço	<input type="checkbox"/> Boleto/Agenda de serviço	<input type="checkbox"/> Data
<p>Assistência entregeadeiro nro.</p> <p>Assistência pelo portador/sindico</p>			

