



Número: **0071014-46.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 19ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **25/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDVANIA SOARES DOS SANTOS (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57362978	04/02/2020 10:23	2689766_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 19ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00710144620198172001

AUSÊNCIA DE COBERTURA

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

TOKIO MARINE SEGURADORA S.A, empresa seguradora com sede à Rua Sampaio Viana, 44 - Paraíso - São Paulo - SP - CEP: 04004-001, inscrita no CNPJ sob o número 33.164.021/0001-00 e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EDVANIA SOARES DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **03/05/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 17/08/2018.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

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



DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC¹.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução

¹“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral².

²RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º

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



No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima³.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁴.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁵

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

³ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁴ “SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁵ **art. 1º . (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 28 de janeiro de 2020.

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



QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **TOKIO MARINE SEGURADORA S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **EDVANIA SOARES DOS SANTOS** , em curso perante a **19ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00710144620198172001.

Rio de Janeiro, 28 de janeiro de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0071014-46.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 19ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **25/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDVANIA SOARES DOS SANTOS (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57362979	04/02/2020 10:23	ANEXO 1	Outros (Documento)



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº **013817075102**

VIA: 1 COD. RENAVAM: 220693252 RNTG: ***** EXERCÍCIO: 2010

ACME

VERONICE BEZERRA DOS SANTOS

CHA GRANDE-PE

CPF/CNPJ: 035.894.894-05 PLACA: KFK7E24

PLACA ANT./M: ***** CHASSI: 9CRJC423CAR122089

ESPECIE: BPO COMBUSTÍVEL: GASOLINA

FAIS MOTONETA

MARCA/MODELO: HONDA/BIZ 125 MAIS ANO FAB: 2010 ANO MOD: 2010

CAP/PU/CIL: 42/124CL CATEGORIA: PARTIC GÊN. PREDOMINANTE: AZUL

COTA ÚNICA: 1174 2010 QUITADO 1ª *****

FAIXA LPVA: 1 PARCELAMENTO/COTAS: 2ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 100 PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO:

SEM RESERVA

LOCAL: CHA GRANDE-PE DATA: 02/02/10

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS E SOCIAS CAUSADOS POR VEICULOS
DE MOTORISTAS DE INTERESTES DO PESSOAL APESSOADO
TRANSITANTES QUANTO AO SEGURO DPVAT

PE Nº 013817075102 BILHETE DE SEGURO DPVAT
VERONICE BEZERRA DOS SANTOS

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

CHA GRANDE-PE EXERCÍCIO: 2010 DATA EMISSÃO: 02/02/10

VIA: 1 CPF/CNPJ: 035.894.894-05 PLACA: KFK7E24

RENAVAM: 220693252 MARCA/MODELO: HONDA/BIZ 125 MAIS

ANO FAB: 2010 COT. ÚNICA: 1174 Nº CHASSI: 9CRJC423CAR122089

PRÊMIO TARIFÁRIO

FAIS (R\$): DENATRA (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

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

☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO:

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.242.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PART. INTERESTADA

ARJANA SEGUROS
09 OUT 2010

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 013817075102	
VIA	COD. RENAVAM	RENTRC	EXERCÍCIO
1	220692282	*****	2010
NOME VERONICE BEZERRA DOS SANTOS			
CIDADE CHA GRANDE-PE			
CPF / CNPJ		PLACA	
035.894.894-05		KFK7E24	
PLACA ANT./M		CHASSI	
*****		9CRIC429CAR122089	
ESP. CEE / PPO		COMBUSTÍVEL	
PAS MOTONETA		GASOLINA	
MARCA/MODELO		ANO FAB. / ANO MOD.	
HONDA/BIZ 125 MAIS		2010 / 2010	
CAP./POT./CIL		CATEGORIA	
22/124CL		PARTIC	
COTA ÚNICA		COTA PREDOMINANTE	
11VA 2010 QUITADO		AZUL	
FAIXA LPVA		VENIC/CLAS	
PARCELAMENTO/COTAS		1º *****	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		2º *****	
IDF (R\$)		3º *****	
PRÊMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
SEM RESERVA		OBSERVAÇÕES	
LOCAL		DATA	
CHA GRANDE-PE		02/02/10	
Charles Andrews Sousa Ribeiro Diretor Presidente DETRAN/PE			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS E SOCIAS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE INTERESTES DO PESSOAL APESSOAS TRANSPORTADAS QUANDO SEGURO DPVAT			
PE Nº 013817075102		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
VERONICE BEZERRA DOS SANTOS			
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			
CHA GRANDE-PE		EXERCÍCIO DATA EMISSÃO	
2010		02/02/10	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
1	035.894.894-05	KFK7E24	
RENTRC		MARCA / MODELO	
220692282		HONDA/BIZ 125 MAIS	
ANO FAB.	DATA	Nº CHASSI	
2010	02	9CRIC429CAR122089	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
PTS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IDF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)	
COTA ÚNICA	PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.242.608/0001-04			
DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT. ELE NÃO É DE FORTA VIGÊNCIA			

ARJANA SEGUROS
09 OUT 2010

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180474326 **Cidade:** Chã Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDVANIA SOARES DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/05/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA, COM DATA DE 04/06/2018, EMITIDA PELO DR. JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA, CRM Nº 15595, DO HOSPITAL GERAL ARMINDO MOURA, EVIDENCIA RESOLUÇÃO COMPLETA, SEM COMPROVAÇÃO DE LIMITAÇÃO INSUSCEPTÍVEL A TERAPÊUTICA OU MECANISMO DE TRAUMA QUE ACARRETE PREJUÍZO FUNCIONAL PARCIAL/TOTAL A VÍTIMA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Edvania Soares dos Santos
DATA DO ACIDENTE 03.03.18 CPF DA VÍTIMA 030422454-54
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua 17 de Novembro
Nº 255 COMPLEMENTO A BAIRRO Centro
CIDADE Apucarana UF PR CEP 55640-000
E-MAIL _____ TELEFONE (81) 30113224

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
IDENTIDADE 8531724
ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 09 OUT 2018
NOME [Assinatura]
ASSINATURA [Assinatura]





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Edvania Soares dos Santos
 DATA DO ACIDENTE 03.03.18 CPF DA VÍTIMA 030422454-54
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua 17 de Novembro
 Nº 255 COMPLEMENTO A BAIRRO Centro
 CIDADE Apucarana UF PR CEP 55640-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (81) 30113224

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
 IDENTIDADE 8531724
 ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 09 OUT 2018
 NOME [Assinatura]
 ASSINATURA [Assinatura]



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180474326 **Cidade:** Chã Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDVANIA SOARES DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/05/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA, COM DATA DE 04/06/2018, EMITIDA PELO DR. JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA, CRM Nº 15595, DO HOSPITAL GERAL ARMINDO MOURA, EVIDENCIA RESOLUÇÃO COMPLETA, SEM COMPROVAÇÃO DE LIMITAÇÃO INSUSCEPTÍVEL A TERAPÊUTICA OU MECANISMO DE TRAUMA QUE ACARRETE PREJUÍZO FUNCIONAL PARCIAL/TOTAL A VÍTIMA.

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

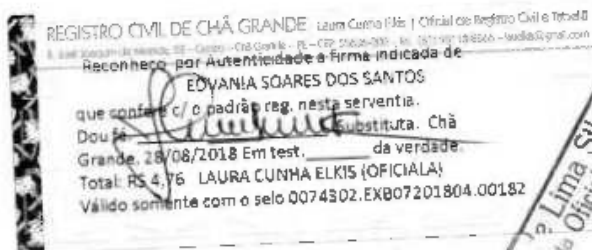
Outorgante: Edvânia Soares dos Santos inscrito no
CPF sob nº: 030.422.454-54 portador da cédula de RG:
5.058.536 residente e domiciliado residente na
R. Severino eustáquio nº 10 alt. Cha-grande - PE.

Outorgado Jéssica Iracema Laurentino Ferreira inscrito no CPF sob nº: 093.907.724-
86 portador da cédula de RG: 8531727 SDS-PE residente e domiciliado residente na
R. 15de novembro 255 a centro Gravata-pe.

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos
para resolver todas as questões administrativas referente ao SEGURO DPVAT, que
figura como vítima Edvânia Soares dos Santos

Cha-grande de Agosto de 2018.

Edvânia Soares dos Santos



Joanna Da Silva Lima
Substituta do Oficial



PROCURAÇÃO PARTICULAR

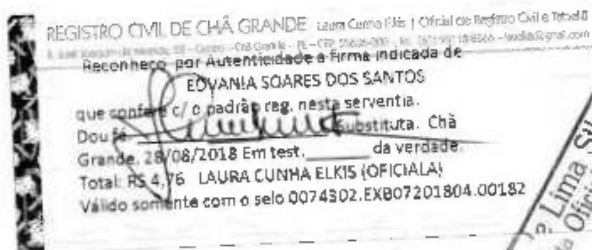
Outorgante: Edvânia Soares dos Santos inscrito no
CPF sob nº: 030.422.454-54 portador da cédula de RG:
5.058.536 residente e domiciliado residente na
R. Severino eustáquio nº 10 alt. Cha-grande - PE.

Outorgado Jéssica Iracema Laurentino Ferreira inscrito no CPF sob nº: 093.907.724-
86 portador da cédula de RG: 8531727 SDS-PE residente e domiciliado residente na
R. 15de novembro 255 a centro Gravata-pe.

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos
para resolver todas as questões administrativas referente ao SEGURO DPVAT, que
figura como vítima Edvânia Soares dos Santos

Cha-grande de Agosto de 2018.

Edvânia Soares dos Santos



Joanna D...
Substituta da Oficial
Lima Silva



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0447552/18
Vítima: EDVANIA SOARES DOS SANTOS
CPF: 030.422.454-54
CPF de: Próprio
Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.
Data do acidente: 03/05/2018
Titular do CPF: EDVANIA SOARES DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA : 093.907.724-86

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

EDVANIA SOARES DOS SANTOS : 030.422.454-54

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: 11/12/2018
Nome: JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA
CPF: 093.907.724-86

JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2018
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA



Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **EDVANIA SOARES DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180474326**

Vítima: **EDVANIA SOARES DOS SANTOS**

Data do Acidente: **03/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180474326**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13464559

Pag. 00435/00436 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 19 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **EDVANIA SOARES DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180474326**
Vítima: **EDVANIA SOARES DOS SANTOS**
Data do Acidente: **03/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador **JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180474326**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **03/05/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00693/00694 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13496559





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 771206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

030422454-54

Nome completo da vítima

Eduamira Soares dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Eduamira Soares dos Santos

CPF titular da conta

030422454-54

Profissão

RECUSA INFORMAR

Endereço

R. Saurino Estano

Número

10

Bairro

Lott. São Saurino Era. Epande

Cidade

Estado

PE

CPF

55636-000

Telefone (DDD)

E-mail

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

Até R\$ 1.000,00

Até R\$ 1.001,00 até R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 até R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 até R\$ 7.000,00

Acima de R\$ 10.000,00

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

BRASECO (231)

BANCO DO BRASIL (001)

ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

AGÊNCIA

Nº

0943

03

CONTA

Nº

49494

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Epande 18 de setembro de 2018

Local e Data

Eduamira Soares dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017

ARUANA SEGUROS

04 OUT 2018



Nº do sistema ou ASL: 3180 474326 030422454-54 Edlanea Soares dos Santos
 Nome completo: Edlanea Soares dos Santos
 CPF: 030422454-54
 Registro de informações cadastrais e faixa de renda mensal da pessoa física (vítima/beneficiário): CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: Edlanea Soares dos Santos
 Número: 10
 Complemento: 55836-000
 Profissão: Agricultora
 Rua: Rua Severino Luciano
 Estado: FE
 CEP: 55836-000
 Bairro: Bot. São Severino
 Cidade: Eba - Epandê
 E-mail: dec.dpvat@outlook.com
 81 9134 9621

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

RENTA MENSAL:

☒ NULO INFORMAR

☐ SEM RENTA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

FORMA DE INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ **CONTA POUPANÇA** (Conta para poupar dinheiro) Assinale uma opção:

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0943 ☐ CONTA: 49494 ☐
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA

 Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de acordo com o extrato, o valor da indenização, bem como a que eu tiver direito, reconhecendo e dando desde já e com este ato a validade e o caráter de plena e exclusiva cobertura para a cobertura de invalidez permanente.

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 recurso do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções)

☒ Não há IMIL que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE POR VÍTIMA

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

 (assinatura da(s) vítima(s) com(s)panheira(s), legítima(s) e nome completo)

Gravidade do Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

TESTEMUNHAS

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

SINHA SEGURADOR

(*) Assinatura de quem assina a RDC

x Edmaria Soares dos Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTAMUNHAS

20 | Tuesday

505

24 740110

CPS

ARUANA SEGURODORA
11 DEZ 2018

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SHI NÃO aceita a presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fé sobre o conteúdo do instrumento de concessão, etc., apenas se a vítima/beneficiário não for alfabetizado.

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

EPS 001 V001/2018



2 de 2

17/08/2018 15:43



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 067ª CIRCUNSCRIÇÃO - CHÃ GRANDE -
DP67ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0157000631**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/08/2018** às **15:59**

Complementa o BO Número: **18E0157000630**

ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 3/5/2018 às 01:13

Natureza Jurídica: **CULPOSO**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, 1, PE 71 - Bairro:**

CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência:

PROXIMO DO SANTO

Local do Fato: **VIA PUBLICA / VIA PUBLICA PROXIMO AO SANTO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDOS (AUTOR \ AGENTE)

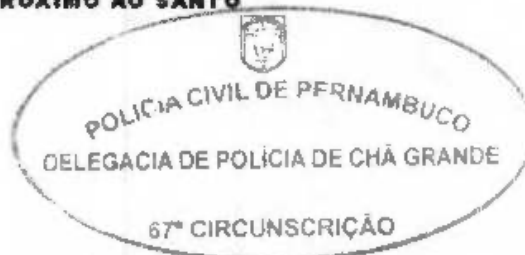
VERONICE BEZERRA DOS SANTOS (OUTRO)

EDVANIA SOARES DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

EDVANIA SOARES DOS SANTOS



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

EDVANIA SOARES DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DA LUZ DA SILVA Pai: JOSE SOARES DOS SANTOS Data de Nascimento: 3/3/1973 Naturalidade: CHA GRANDE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6555536/SDS/PE (RG), 63942245454 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 4ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 94856278

VERONICE BEZERRA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: RUA NARCISO PEREIRA DE LIMA, 130 - CEP: 8 - Bairro: AUGUSTO DAVID - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade de(a) Sr(a): **VERONICE BEZERRA DOS SANTOS**, que estava em posse de(a) Sr(a): **EDVANIA SOARES DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KFK7634** (PERNAMBUCO/CHA GRANDE) Renavam: **225258252** Chassi: **9C2JC4230AR122020**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **MOTOCICLETA HONDA BIZ 125**

Complemento / Observação

COMPARECEU NO DIA DE HOJE A SENHORA EDVANIA SOARES, COMUNICANDO QUE NO DIA 03/08/2018, POR VOLTA DAS 01:13 HORAS, QUANDO TRANSITAVA COM A MOTOCICLETA ACIMA MENCIONADA, NA PE 71 PROXIMO AO LOCAL QUE TEM UM SANTO PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTO E VEIO A CAIR NO CHÃO DE ONDE A MOTO FICOU COM AVARIAS E A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL JOÃO MURILO E EM SEGUIDA FOI PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITA E DEVIDO A GRAVIDADE DO FERIMENTOS FOI REMOVIDA PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA DE ONDE PASSOU POR UMA CIRURGIA NO TORNOZELO ESQUERDO, POR ESTE MOTIVO VEIO A ESTA DELEGACIA COMUNICAR O FATO.

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

Edvânia Soares dos Santos
EDVANIA SOARES DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JAMERSON ROBERTO FERREIRA DO NASCIMENTO -**
Matrícula: **136.872-5**

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE PERNAMBUCO
6ª CIRCUNSCRIÇÃO

ARUANA SEGUROS
09 OUT 2018



2 de 2

17/08/2018 15:43



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 067ª CIRCUNSCRIÇÃO - CHÃ GRANDE -
DP67ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0157000631**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/08/2018** às **15:59**

Complementa o BO Número: **18E0157000630**

ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 3/5/2018 às 01:13

Natureza Jurídica: **CULPOSO**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, 1, PE 71 - Bairro:**

CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência:

PROXIMO DO SANTO

Local do Fato: **VIA PUBLICA / VIA PUBLICA PROXIMO AO SANTO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDOS (AUTOR \ AGENTE)

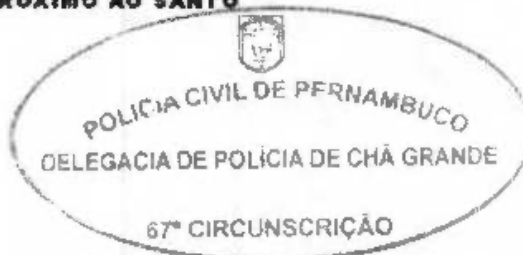
VERONICE BEZERRA DOS SANTOS (OUTRO)

EDVANIA SOARES DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

EDVANIA SOARES DOS SANTOS



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

EDVANIA SOARES DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DA LUZ DA SILVA Pat: JOSE SOARES DOS SANTOS Data de Nascimento: 3/3/1973 Naturalidade: CHA GRANDE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6555536/SDS/PE (RG), 63942245454 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 4ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 94856278

VERONICE BEZERRA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: RUA NARCISO PEREIRA DE LIMA, 130 - CEP: 8 - Bairro: AUGUSTO DAVID - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade de(a) Sr(a): **VERONICE BEZERRA DOS SANTOS**, que estava em posse de(a) Sr(a): **EDVANIA SOARES DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KFK7634** (PERNAMBUCO/CHA GRANDE) Renavam: **226258252** Chassi: **9C2JC4230AR122020**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **MOTOCICLETA HONDA BIZ 125**

Complemento / Observação

COMPARECEU NO DIA DE HOJE A SENHORA EDVANIA SOARES, COMUNICANDO QUE NO DIA 03/08/2018, POR VOLTA DAS 01:13 HORAS, QUANDO TRANSITAVA COM A MOTOCICLETA ACIMA MENCIONADA, NA PE 71 PROXIMO AO LOCAL QUE TEM UM SANTO PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTO E VEIO A CAIR NO CHÃO DE ONDE A MOTO FICOU COM AVARIAS E A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL JOÃO MURILO E EM SEGUIDA FOI PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITA E DEVIDO A GRAVIDADE DO FERIMENTOS FOI REMOVIDA PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA DE ONDE PASSOU POR UMA CIRURGIA NO TORNOZELO ESQUERDO, POR ESTE MOTIVO VEIO A ESTA DELEGACIA COMUNICAR O FATO.

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

Edvânia Soares dos Santos
EDVANIA SOARES DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JAMERSON ROBERTO FERREIRA DO NASCIMENTO** -
Matrícula: **136.872-5**

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE PERNAMBUCO
6ª CIRCUNSCRIÇÃO

ARUANA SEGUROS
09 OUT 2018



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima Interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Edenária Soares dos Santos CPF da Vítima 030422454-54 Data do Acidente 03.05.18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

Epitoca, 18 de Setembro de 2018
Local e Data

Edenária Soares dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAI 1.001 V001/2017





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou AG: 3180 44 4326 CPF da vítima: 030422454-54 Nome completo da vítima: Edvânia Soares dos Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Edvânia Soares dos Santos CPF: 030422454-54
Profissão: Aquecimento Endereço: Rua Severino eutano Número: 10 Complemento:
Bairro: lot. São Luciano Cidade: Chu - epencil Estado: PE CEP: 55636-000
E-mail: dec dpvat @outlook.com Tel.: 9134 9621

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

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: 0943 CONTA: 49494

☐ CONTA CORRENTE

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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 (assinale 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

Por motivo atenuado, pelo fato de o segurado não ter sido informado da existência do IML, ou por qualquer outro motivo, o segurado não pode apresentar o laudo do IML para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 tenha filhos, informar quantos: ☐ Nenhum ☐ Um ☐ Dois ☐ Três ☐ Quatro ☐ Cinco ☐ Seis ☐ Sete ☐ Oito ☐ Nove ☐ Dez ☐ Mais

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte. Qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento por parte do segurado, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

ARUANA SEGURADORA
11 DEZ 2018
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar a presente formulário, à vista do RODO, na presença de 2 (dois) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a não fraudar a indenização do Seguro DPVAT por morte, sob pena de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

FPS 001 V001/2018



PERNAMBUCO

HJM

R1
1.4.04 - 15.04.2019

Nome: **EDVANIA SOARES DOS SANTOS**
Dt. Nasc.: **03/03/73 - 45 ano (s)**
Mãe: **MARIA-DA LUZ DA SILVA**

Nº re: **736385**
Sexo: **Feminino**
Idade: **81 948562/0**

Endereço: **R. NARCISO PEREIRA LIMA, nº 1, CENTRO, RECANDI - PE**
Data/hora: **03/05/2018 - 02:55**
Setor: **Leito:**

Nº: 1/1

CONSULTA MÉDICA**ANAMNESE:****Moto - S****ALERGIA: DESCONHECE****QUEIXA PRINCIPAL:**

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM LESÃO EM PÉ ESQUERDO, PRESENTE DOR E EDEMA LOCAL NO MOMENTO

QUEIXA RELATADA AO MÉDICO:**EXAME FÍSICO:**

Pa: 120 X 90 mmHg Temp: 36°C HGT mg/dL
Peso: Kg Altura: m SP O₂: %

Observação:**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:****RESULTADOS DE EXAMES:****EVOLUÇÃO DO PACIENTE:**

- RX
- ANALGESIA
03:30. TRANSFERIDA PARA HOF

CRM: 10.000.000-0
Dra. AFRA MARIA CA. DO CARNEIRO

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz CFF - 53.000 - Vitória G
Contato: (81) 3333.7833





PERNAMBUCO



HJMO

Hospital de Referência
de Referência**Nome:** EDVANIA SOARES DOS SANTOS**Nº registro:** 736385**Dt. Nasc.:** 03/03/73 - 45 ano (s)**Sexo:** Feminino**Mãe:** MARIA DA LUZ DA SILVA**Fone:** 81 94856270**Endereço:** R NARCISO PEREIRA LIMA, nº , CENTRO. CHA GRANDE - PE**Data/hora:** 03/05/2018 - 02:55**Nº pag.:** 1/1**Setor:** Leito:**CONSULTA MÉDICA****ANAMNESE:****Motiv - S****ALERGIA:** DESCONHECE**QUEIXA PRINCIPAL:**

{ - }

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM LESÃO EM PÉ ESQUERDO. REFERE DOR E EDEMA LOCAL NO MOMENTO

QUEIXA RELATADA AO MÉDICO :**EXAME FÍSICO:**

Pa: 120 X 90 mmHg Temp: °C HGT: mg/dL

Peso: Kg Altura: m SP O2: %

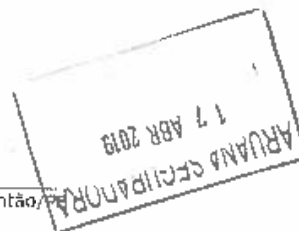
Observação:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**RESULTADOS DE EXAMES:****EVOLUÇÃO DO PACIENTE:**

- RX

- ANALGESIA

03:30: TRANSFERIDA PARA HOF

CRM: 26153
Dra. AFRA MARIA CANDIDO CARNEIROAv. Henrique de Holanda nº87, Matriz CEP: 55602-000 - Vitória de Santo Antão/PE
Contato: (81) 3526-8833

Tasa Social de Energía Eléctrica: Cuida por la Ley 10.433, de 26/04/92

POSTA FISCALE : PATRIZIA : DATA DI INGRESSO : 15/05/2015

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Box 5442, Recife, Pernambuco - CEP 50020-602
CNPJ 10.457.832/0001-65 | fone: 0815943-09 | www.celpe.com.br

EDVANIA SUARES DO SANTOS

PRA SEVERINO CAETANO 10

CFF 030 422 454-54 WS 1814889503*

LOTTO SÃO SEVERINO/CHA GRANDE
CHA GRANDE PE
55836-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDIA COM NIS
MORTO-BEIO

CÓDIGO CONTRATO	07/2018
DATA DE VENCIMENTO	08/08/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	33,30

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	COMPETÊNCIA
02287844	UNICA	06/07/2018
APPROVEDO-CA	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
06/07/2018	2002876028	060546

DESCRIÇÃO DA NOVA FOLHA

	DATA CADASTRO	PREÇO UNID.	VALOR TOTAL
Consumo Ativo até 30/04/18	30/0000000	0,0000000	0,00
Consumo Ativo superior a 30 até 06/05/18	02/0000000	0,0000000	0,00
Acréscimo Bandeira VERMELHA			20,00
Contribuição Iluminação Pública			1,00
Multa por atraso NF 015335210 - 07/05/18			0,00
Juros por atraso NF 015335210 - 07/05/18			0,00
Atualização ICPM NF 015335210 - 07/05/18			0,00

TOTAL DA FATURA

13.92

DEMONSTRATIVO DE CONTINUAÇÃO DA RESPOSTA À PERGUNTA Nº 1

Nº DO MEDICHO	TIPO DA FUNÇÃO	ACERTOS		ERROS		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONCLUSÃO (JUR)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0100262	Cal	20-06-2018	0.0000	20-07-2018	0.0000	21	0.0000		0.0000

composição do consumo

Fonte de energia	1970 (%)	1980 (%)	1990 (%)
Carvão	18,13	10,82	0,65
Petróleo	25,10	4,39	1,35
Gás natural	-	-	-
Hidroelétrica	56,77	74,81	98,00

composição do consumo

Setor	1970 (%)	1980 (%)	1990 (%)
Indústria	35,77	35,77	35,77
Transporte	1,57	1,57	1,57
Residencial	7,81	7,81	7,81
Comércio	2,45	2,45	2,45
Terceiro setor	1,11	1,11	1,11
Tratamento	1,46	1,46	1,46
Total	56,77	56,77	56,77

composição do consumo

Setor	1970 (%)	1980 (%)	1990 (%)
Indústria	35,77	35,77	35,77
Transporte	1,57	1,57	1,57
Residencial	7,81	7,81	7,81
Comércio	2,45	2,45	2,45
Terceiro setor	1,11	1,11	1,11
Tratamento	1,46	1,46	1,46
Total	56,77	56,77	56,77

composição do consumo

Setor	1970 (%)	1980 (%)	1990 (%)
Indústria	35,77	35,77	35,77
Transporte	1,57	1,57	1,57
Residencial	7,81	7,81	7,81
Comércio	2,45	2,45	2,45
Terceiro setor	1,11	1,11	1,11
Tratamento	1,46	1,46	1,46
Total	56,77	56,77	56,77

1998年12月15日

[illegible]

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ATRASO

Copyright © 2005 Pearson Education, Inc. All rights reserved.

Year/2000	Expenditure	Value	Year/2000	Expenditure	Value
1999/2000	05/07/99	24.54			

que, a longo prazo, a implementação de sistemas de segurança em nível nacional, de modo a garantir a continuidade da produção e a segurança do abastecimento de energia elétrica, deve ser planejada e desenvolvida em conjunto com o planejamento econômico e social do país, visando a melhoria da qualidade de vida e a geração de empregos e renda para a população.

PRÉCISO E PROFISSIONAL NAS REVENIDAS					QUANTO ÀS TRIBUTOS		
REVENIDA	VALOR PROFISSIONAL REVENIDA	VALOR PROFISSIONAL	VALOR PROFISSIONAL	VALOR PROFISSIONAL	TRIBUTOS REVENIDA	VALOR DE TRIBUTOS	VALOR DE TRIBUTOS
IM	0,00	8,66	11,04	22,74	200	201	231
PM	0,00	7,42	8,66	13,70			
PM	0,00	2,28	0,00	0,00			

Aspirin, a common painkiller, has been found to be effective in preventing heart disease. The study, published in the *New England Journal of Medicine*, found that people taking aspirin had a 10% lower risk of heart disease than those not taking it. The study also found that aspirin was effective in preventing strokes. The researchers concluded that aspirin should be taken by people at high risk of heart disease and stroke.

ARUANA SEGUROS
09 OUT 2013



celpe
nereenergia

Título Social de Energia Elétrica, Criação pela Lei 6.436, de 26/04/77

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
Av. João de Barros, 111 - Bom Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-900
CNPJ: 10.635.822/0001-08 | Ins. Est. 0079943-63 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA DE LOURDES PONTES BEZERRA
PRÓXIMO HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA

CPF: 032.333.424-92

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA 15 DE NOVEMBRO, 355 A
CEP: 50640-000
GRAVAIA

CLASSIFICAÇÃO
B3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Mantenedora

CONTA CONTRATO
4008371198
08/2018
DATA DE VIGÊNCIA INICIAL: 17/09/2018
DATA DE VIGÊNCIA FINAL: 21/09/2018
TOTAL A PAGAR R\$: 25,43

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UN	VALOR UN
Consumo Ativo kWh			
Acrescimo Bandeira			

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado, AP

257-777345297-1

14/Set/2018

HORA DE 18:00:26

LOT. 15.020361-6
LOCALIDADE: GRAVAIA
AQ. VINCULADA: 0943

TERM 032547

TOTAL DA FATURA

MP DO MEDIDOR
TPO DA FUNÇÃO
170142194 1.1

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
CELPE COMPANHIA ENERGÉTICA/PE

VALOR DO PAGAMENTO: 25,43

838000000089 254300110040
089371198104 124965819632

257 777345297-1

10 VIA

HISTÓRICO DE PAGOS

Mês	Valor
AGO 18	30
Jul 18	30
Jun 18	30
Mai 18	30
Abr 18	100
Mar 18	100
FEV 18	100
JAN 18	107
DEZ 17	102
NOV 17	103
OUT 17	83
SET 17	41
AGO 17	64

CPF: 9008 9430 AEC3 1190 BDO6 6443 0408

Este documento comprova o pagamento da fatura de energia elétrica. O valor pago é o valor da fatura de energia elétrica, incluindo as taxas de distribuição e o valor da energia consumida. O valor da fatura de energia elétrica é o valor da fatura de energia elétrica, incluindo as taxas de distribuição e o valor da energia consumida. O valor da fatura de energia elétrica é o valor da fatura de energia elétrica, incluindo as taxas de distribuição e o valor da energia consumida.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/02/2020 10:23:58
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020410235815600000056423213
Número do documento: 20020410235815600000056423213

ARUANA SEGUROS
09 OUT 2019



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

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



www.celpe.com.br

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

DADOS DO CLIENTE EDVANIA SOARES DO SANTOS CPF: 030.422.454-54 NIS: 16148695031	DATA DE VENCIMENTO 17/12/2018	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 10/12/2018	CONTA CONTRATO 007026037861
	TOTAL A PAGAR (R\$) 28,35	DATA DA APRESENTAÇÃO 10/12/2018	Nº DO CLIENTE 2002876029
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA SEVERINO CAETANO 10 LOTTO SAO SEVERINO/CHA GRANDE 55636-000 CHA GRANDE PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		
	RESERVADO AO FISCO 731D.F000.D7CE.8477.D7BC.E215.04B9.B45C		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18441265	5,53
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	54,00	0,31613598	17,07
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,30
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,88
Multa por atraso-NF 037930349 - 07/11/18			0,48
Multa por atraso-NF 034076384 - 05/10/18			0,47
Juros por atraso-NF 037930349 - 07/11/18			0,15
Juros por atraso-NF 034076384 - 05/10/18			0,22
Atualização IGPM-NF 037930349 - 07/11/18			0,07
Atualização IGPM-NF 034076384 - 05/10/18			0,18
TOTAL DA FATURA			28,35

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	22,90	0,79	0,18
					22,90
					3,61
					0,82

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh 0,17628650 Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,30222600		kWh	
DEZ 18	████████████████████	84	
NOV 18	████████████████████	84	
OUT 18	████████████████████	81	
SET 18	████████████████████	89	
AGO 18	████████████████████	101	
JUL 18	████████████████████	93	
JUN 18	████████████████████	71	
MAI 18	████████████████████	102	
ABR 18	████████████████████	119	
MAR 18	████████████████████	120	
FEV 18	████████████████████	113	
JAN 18	████████████████████	95	
DEZ 17	████████████████████	101	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
RS	%
Geração de Energia	10,15 44,32
Transmissão	1,50 5,55
Distribuição (Celpe)	7,02 30,86
Encargos Setoriais	1,02 4,45
Tributos	1,00 4,37
Perdas de Energia	2,21 9,65
TOTAL	22,90 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000000081185263	CAT	07/11/2018	7.470,00	10/12/2018	7.554,00	33	1,00000	0,00	84,00

ARUANA SEGUROADORA

11 DEZ 2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
out/2018					
DIC-No.de horas sem Energia		1,68	5,55	11,10	22,21
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	3,42	8,85	13,70
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		1,68	3,20	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 11,04					
Todos Consumidores podem solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você: art studio roberval: avenida felix sobrinho gravata centro / Iolanda alimentos e bebidas: rua joaquim soute no 80 a galpão nossa senhora das graçasLista completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 23,53. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.	NÍVEL DE TENSÃO <table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </table> AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)									
	MÍNIMO	MÁXIMO								
220	202	231								

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007026037861	12/2018	28,35	17/12/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838900000005 283500110072 026037861100 152407576230



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

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



www.celpe.com.br

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

DADOS DO CLIENTE EDVANIA SOARES DO SANTOS CPF: 030.422.454-54 NIS: 16148695031	DATA DE VENCIMENTO 17/12/2018	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 10/12/2018	CONTA CONTRATO 007026037861
	TOTAL A PAGAR (R\$) 28,35	DATA DA APRESENTAÇÃO 10/12/2018	Nº DO CLIENTE 2002876029
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA SEVERINO CAETANO 10 LOTTO SAO SEVERINO/CHA GRANDE 55636-000 CHA GRANDE PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br	RESERVADO AO FISCO 731D.F000.D7CE.8477.D7BC.E215.04B9.B45C		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18441265	5,53
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	54,00	0,31613598	17,07
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,30
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,88
Multa por atraso-NF 037930349 - 07/11/18			0,48
Multa por atraso-NF 034076384 - 05/10/18			0,47
Juros por atraso-NF 037930349 - 07/11/18			0,15
Juros por atraso-NF 034076384 - 05/10/18			0,22
Atualização IGPM-NF 037930349 - 07/11/18			0,07
Atualização IGPM-NF 034076384 - 05/10/18			0,18
TOTAL DA FATURA			28,35

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	22,90	0,79	0,18
					22,90
					3,61
					0,82

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,17628650	DEZ 18	84
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,30222600	NOV 18	84
		OUT 18	81
		SET 18	89
		AGO 18	101
		JUL 18	93
		JUN 18	71
		MAI 18	102
		ABR 18	119
		MAR 18	120
		FEV 18	113
		JAN 18	95
		DEZ 17	101

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
RS	%
Geração de Energia	10,15 44,32
Transmissão	1,50 5,55
Distribuição (Celpe)	7,02 30,86
Encargos Setoriais	1,02 4,45
Tributos	1,00 4,37
Perdas de Energia	2,21 9,65
TOTAL	22,90 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000000081185263	CAT	07/11/2018	7.470,90	10/12/2018	7.554,00	33	1,00000	0,00	84,00

ARUANA SEGUROADORA

11 DEZ 2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM.	METAS ANUAL
out/2018					
DIC-No.de horas sem Energia		1,68	5,55	11,10	22,21
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	3,42	8,85	13,70
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		1,68	3,20	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 11,04					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você: art studio roberval: avenida felix sobrinho gravata centro / Iolanda alimentos e bebidas: rua joaquim soute no 80 a galpão nossa senhora das graçasLista completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 23,53. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.	NÍVEL DE TENSÃO <table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </table> AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)									
	MÍNIMO	MÁXIMO								
220	202	231								

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007026037861	12/2018	28,35	17/12/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838900000005 283500110072 026037861100 152407576230



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

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



www.celpe.com.br

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

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES PONTES BEZERRA
PROX AO HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA
CPF: 022.323.424-92

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA 15 DE NOVEMBRO 255 A

CENTRO/GRAVATA
55640-000 GRAVATA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

17/12/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

98,15

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

23/11/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

23/11/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

040416856

CONTA CONTRATO

004009371198

Nº DO CLIENTE

2002274808

Nº DA INSTALAÇÃO

0001267676

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

ED5C.855D.131F.C4CC.19CE.58E2.72CC.F79E

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	110,00	0,73645862	81,01
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,14
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,99
Contrib. Ilum. Pública Municipal			12,93
ICMS Subvenção-CDE-NF 032886796-21/09/18			0,20
Multa por atraso-NF 032886796 - 21/09/18			0,51
Juros por atraso-NF 032886796 - 21/09/18			0,13
Atualização IGPM-NF 032886796 - 21/09/18			0,24
TOTAL DA FATURA			98,15

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
84,14	25,00	21,03	84,14	0,74	0,62
			84,14	3,44	2,89

ARUANA SEGURADORA

11 DEZ 2018

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,32159008

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
NOV 18		110
OUT 18		53
SET 18		31
AGO 18		30
JUL 18		30
JUN 18		39
MAI 18		85
ABR 18		130
MAR 18		126
FEV 18		103
JAN 18		107
DEZ 17		162
NOV 17		103

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	27,26	32,40
Transmissão	3,87	4,60
Distribuição (Celpe)	18,11	21,52
Encargos Setoriais	4,86	5,54
Tributos	24,54	29,17
Perdas de Energia	5,70	6,77
TOTAL	84,14	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003151182134	CAT	23/10/2018 3.525,00	23/11/2018 3.635,00	31	1,00000	0,00	110,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 24/12/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
set/2018					
DIC-No.de horas sem Energia		0,63	5,55	11,10	22,21
FIC-No.de vazas sem Energia		1,00	3,42	6,85	13,70
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,63	3,20	6,00	6,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 30,28					
Toda Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você eviten presentes: rua padre joaquim cavalcanti no 23 gravata centro / laelson virgolino da silva - m: av gov agamenon magalhaes 134 pradoLista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
004009371198	11/2018	98,15	17/12/2018

TALÃO DE PAGAMENTO

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

838300000004 981500110046 009371198104 151910617334



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

lendimento.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D-home-neologw-sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCCConversaoServlet?redirfa... 1/1

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 Isisela Luciana de Figueira inscrito (a) no CPF/CNPJ 093904724 / 86 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edmundo Soares dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 039422454 / 54 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Edmundo Soares dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, 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 <u>Rua 15 de Novembro</u>		Número <u>255</u>	Complemento <u>A</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Ipacatu</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55640-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>8130113224</u>	Telefone celular (DDD)

Ipacatu 18 de Setembro de 2018
Local e Data

Isisela Luciana de Figueira
Assinatura do Declarante



DLDR1.001 V001/2017

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 Isisela Luciana de Figueira inscrito (a) no CPF/CNPJ 093904724 / 86 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edmundo Soares dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 039422454 / 54 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Edmundo Soares dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, 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 <u>Rua 15 de Novembro</u>		Número <u>255</u>	Complemento <u>A</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Ipacatu</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55640-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>8130113224</u>	Telefone celular (DDD)

Ipacatu 18 de Setembro de 2018
Local e Data

Isisela Luciana de Figueira
Assinatura do Declarante



DLPR1.001 V001/2017

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 Júlia Luciana B. Ferreira inscrito (a) no CPF/CNPJ 093904724 / 86 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edmundo Soares dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 039422454 / 54 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Edmundo Soares dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, 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 <u>Rua 15 de Novembro</u>		Número <u>255</u>	Complemento <u>A</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Ipacatu</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55640-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>8130113224</u>	Telefone celular (DDD)

Ipacatu 18 de Setembro de 2018
Local e Data

Júlia Luciana B. Ferreira
Assinatura do Declarante

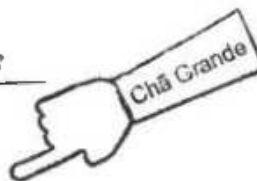


DLPR1.001 V001/2017

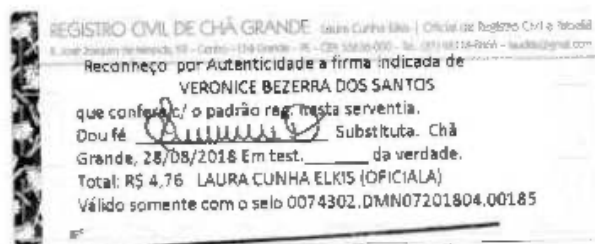
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Veronice Bezerra dos Santos
RG nº 8.199.089, data de expedição 1/1,
Órgão _____, portador do CPF nº 085.884.884.85, com
domicílio na cidade de Chã Grande, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
_____, nº 340,
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 Edvânia Soares dos Santos, cujo o condutor era
Santos: Edvânia Soares dos Santos
MOTONETA
Veículo: PAS
Modelo: HONDA/BIZ 125 MAIS
Ano: 2010
Placa: KFK 7634
Chassi: 9C2UC4230 AR122080
Data do Acidente: 03.05.18
Local e Data: Chã Grande - PE 28.02.18

x Veronice Bezerra dos Santos
Assinatura do Declarante



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



Silvia Daiane de Santana





PERNAMBUCO



HJM



Nome: **EDVANIA SOARES DOS SANTOS**
Dt. Nasç.: **03/03/73 - 45 ano(s)**
Mãe: **MARIA-DA LUZ DA SILVA**

Nº re 736385
Feminino
81 94856270

Endereço: R. NARCISO PEREIRA LIMA, nº 1, CENTRO. - ILANDI - PE
Data/hora: 03/05/2018 - 02:55
Setor: Leito:

No. 1/1

CONSULTA MEDICA

ANAMNESE:

Mato - S

ALERGIA: DESCONHECE

QUEIXA PRINCIPAL:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM LESÃO EM PÉ ESQUERDO, SEM DOR E EDEMA LOCAL NO MOMENTO

QUEIXA RELATADA AO MÉDICO :

EXAME FÍSICO:

Pa: 120 X 90 mmHg Temp: °C HGT mg/dL
Peso: Kg Altura: m SP O₂: %

Observação:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

RESULTADOS DE EXAMES:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

- RX
- ANALGESIA
03:30. TRANSFERIDA PARA HOF

Dra. AFRA MARIA CA... DO CARNEIRO

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz CFF 02-500 - Vitória GR
Contato: (81)

ARIANA SEGUROS
09 OUT 2013



SUS + PERNAMBUCO HJN

Nome: EDVANIA SOARES DOS SANTOS
Dt. Nasc.: 03/03/73 - 45 ano(s)
Mãe: MARIA DA LUZ DA SILVA

Nº regis.: 736385
Sexo: Feminino
Idade: 81 94856270

Endereço: R. MARCISO PEREIRA LIMA, nº 1, CENTRO, J. A. GRANDE - PE
Data/hora: 03/05/2018 - 03:22
Local: Leito:

Nº folha: 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

EXAME FÍSICO

PA, N Temperatura **HGT**
Altura **Peso**

ANAMNESE DO MÉDICO

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM LESÃO EM MÃO ESQUERDA COM EDEMA E DOR LOCAL EXacerbada PRATICA DE FIBULA.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CONDUTA

EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS

DADOS DA TRANSFERÊNCIA

Local: Hosp. Cláudio de Freitas
Motivo: Tratamento Cirúrgico
Senha: 5418635

CRM: 20000
Dra. AFRA MARIA CAM. CARNEIRO

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz - CEP: 55020-000 - Vitória de Santo Antão/PE
Contato: 81 3218-8133





Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: EDVANIA SOARES DOS SANTOS (1174469)

Admissão: 283005

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito:

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: 04/06/2018

RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Declaro para fins de prova que o paciente, EDVANIA SOARES DOS SANTOS é portador do diagnóstico:
<<FRATURA DO TORN. ZELO ESQ>>.

CID: <<S826>>

PACIENTE FOI VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ 1 MÊS APRESENTANDO FRATURA ACIMA DESCRITA E SUBMETIDA A CIRURGIA DE OSTEOSSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS.

ATUALMENTE EVOLUI SEM SEQUELAS, MAS COM DOR RESIDUAL AO PROCEDIMENTO, SENDO CONSIDERADA APTA FUNCIONALMENTE APÓS RECONDICIONAMENTO FUNCIONAL EM FISIOTERAPIA.

ENCAMINHO PARA RETIRADA DE SEGURO DE VIDA

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-BA 15595 / CRM-BA 17638
TEST 15595

Moreno, 04/06/2018.

JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA -- CREMEPE: 15595

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

OBS: Documentos originais para o INSS

01 - Cópia autenticada para a empresa

01 - Cópia simples fica com o paciente

Esta declaração está sendo entregue diretamente ao paciente e ao responsável legal, mediante solicitação do mesmo.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 04/06/2018 as 09:38

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-BA 15595 / CRM-BA 17638
TEST 15595

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM: 15595





Nome: EDVANIA SOARES DOS SANTOS (1614469)

Admissão: 280682

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: ALOJ CONJ - 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

FRATURA TORNOZELO ESQ

CID 10:

S82.6

CIRURGIA REALIZADA:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TORNOZELO
COM PLACA E PARAFUSOS EM:
MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. JUAREZ

ORIENTAÇÕES:

1 - CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;

2 - DAPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;

3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; NÃO PISAR; AUXÍLIO DE MULETAS.

4 - RETORNAR PARA REVISÃO CONFORME MARCAÇÃO AMBULATORIAL. ATENDIMENTO SOMENTE PARA PACIENTES MARCADOS, SEGUNDA, 7H;

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 07/05/2018 as 15:51

DR. JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

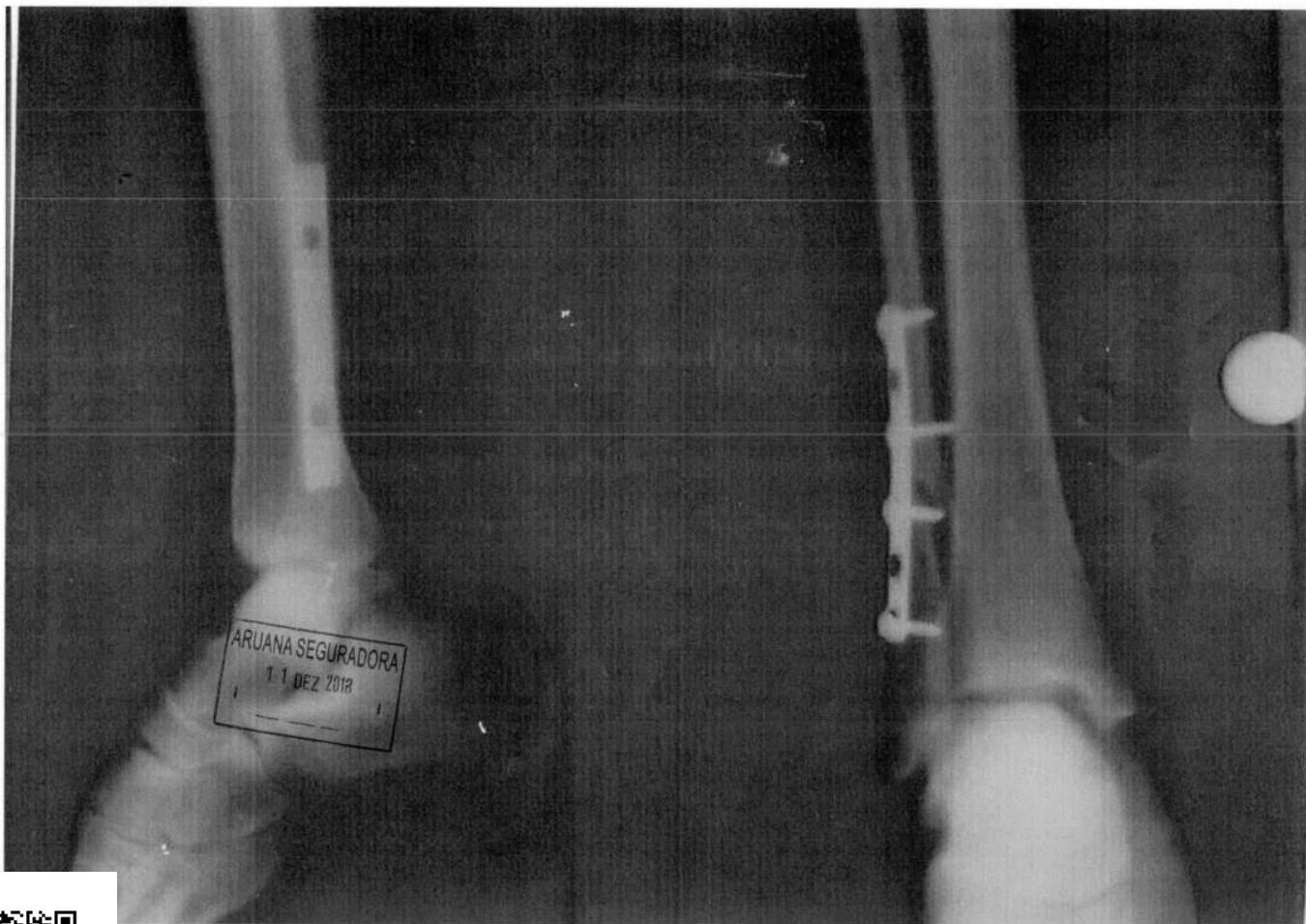
Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM: 15595



Página 1 de 1







PREFEITURA MUNICIPAL DE CHÃ GRANDE
Secretaria Municipal de Saúde
PROGRAMA DA SAÚDE - PSF

Av. 20 de Dezembro, 148 - Fone: (81) 3537-1316 - Chã Grande/PE



Paciente vítima de acidente
moto realizou tratamento
fisioterapêutico onde realizou
fiscais na lesão suposta mais
ainda está debilitada para
exercer suas atividades normais.
A mesma Edvânia Soares dos
Santos apresenta diminuição
de ADL articular;

Dra. Poliana Tamire
FISIOTERAPEUTA
CREFITO - 211573-4
34155158

ARUANA SEGURADORA

11 DEZ 2018





PERNAMBUCO



HJM



Nome: **EDVANIA SOARES DOS SANTOS**
Dt. Nasç.: **03/03/73 - 45 ano(s)**
Mãe: **MARIA-DA LUZ DA SILVA**

Nº re 736385
Feminino
81 94856270

Endereço: R. NARCISO PEREIRA LIMA, nº 1, CENTRO. - ILANDI - PE
Data/hora: 03/05/2018 - 02:55
Setor: Leito:

№ 1/1

CONSULTA MEDICA

ANAMNESE:

Mato - S

ALERGIA: DESCONHECE

QUEIXA PRINCIPAL:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM LESÃO EM PÉ ESQUERDO, SEM DOR E EDEMA LOCAL NO MOMENTO

QUEIXA RELATADA AO MÉDICO :

EXAME FÍSICO:

Pa: 120 X 90 mmHg Temp: °C HGT mg/dL
Peso: Kg Altura: m SP O₂: %

Observação:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

RESULTADOS DE EXAMES:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

- RX
- ANALGESIA
03:30. TRANSFERIDA PARA HOF

CRM: 1
Dra. AFRA MARIA CA... DO CARNEIRO

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz CFF 02-500 - Vitória GR
Contato: (81)

ARUANA SEGUROS
09 OUT 2013



SUS + PERNAMBUCO HJN

Nome: EDVANIA SOARES DOS SANTOS
Dt. Nasc.: 03/03/73 - 45 ano(s)
Mãe: MARIA DA LUZ DA SILVA

Nº regis.: 736385
Sexo: Feminino
Idade: 81 94856270

Endereço: R. MARCISO PEREIRA LIMA, nº 1, CENTRO, J. A. ANDRE - PE
Data/hora: 03/05/2018 - 03:22
Local: Leito:

Nº: 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

EXAME FÍSICO

PA, N Temperatura **HGT**
Altura **Peso**

ANAMNESE DO MÉDICO

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM LESÃO EM MÃO ESQUERDA COM EDEMA E DOR LOCAL EXacerbada PRATICA DE FUTEBOL.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CONDUTA

EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS

DADOS DA TRANSFERÊNCIA

Local: Hosp. Cláudio de Freitas
Motivo: Tratamento Cirúrgico
Senha: 5418635

CRM: 20000
Dra. AFRA MARIA CAM. CARNEIRO

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz - CEP: 55020-000 - Vitória de Santo Antão/PE
Contato: 81 3218-8133





Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: EDVANIA SOARES DOS SANTOS (11714469)

Admissão: 283005

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito:

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: 04/06/2018

RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Declaro para fins de prova que o paciente, EDVANIA SOARES DOS SANTOS é portador do diagnóstico:
«FRATURA DO TORN. ZELO ESQ».

CID: «S826»

PACIENTE FOI VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ 1 MÊS APRESENTANDO FRATURA ACIMA DESCRITA E SUBMETIDA A CIRURGIA DE OSTEOSSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS.

ATUALMENTE EVOLUI SEM SEQUELAS, MAS COM DOR RESIDUAL AO PROCEDIMENTO, SENDO CONSIDERADA APTA FUNCIONALMENTE, APÓS RECONDICIONAMENTO FUNCIONAL EM FISIOTERAPIA.

ENCAMINHO PARA RETIRADA DE SEGURO INSS

DR. JUAZEB SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-BA 15595 / CRM-MA 17638
TEST 15595

Moreno, 04/06/2018.

JUAZEB SEBASTIAN LIMA E LIMA -- CREMEPE: 15595

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

OBS: Documentos originais para o INSS

01 - Cópia autenticada para a empresa

01 - Cópia simples fica com o paciente

Esta declaração está sendo entregue diretamente ao paciente e ao responsável legal, mediante solicitação do mesmo.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 04/06/2018 as 09:38

DR. JUAZEB SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-BA 15595 / CRM-MA 17638
TEST 15595

Dr. (a) JUAZEB SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM: 15595





Nome: EDVANIA SOARES DOS SANTOS (1614469)

Admissão: 280682

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: ALOJ CONJ - 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

FRATURA TORNOZELO ESQ

CID 10:

S82.6

CIRURGIA REALIZADA:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TORNOZELO
COM PLACA E PARAFUSOS EM:

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. JUAREZ

ORIENTAÇÕES:

1 - CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;

2 - DAPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;

3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; NÃO PISAR; AUXÍLIO DE MULETAS.

4 - RETORNAR PARA REVISÃO CONFORME MARCAÇÃO AMBULATORIAL. ATENDIMENTO SOMENTE PARA PACIENTES MARCADOS, SEGUNDA, 7H;

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 07/05/2018 as 15:51

DR. JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM: 15595



Página 1 de 1



ARJANA SEGUROS
09 OUT 2019



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	5.058.536
DATA DE EXPEDIÇÃO	06/06/2018
NOME << EDVÂNIA SOARES DOS SANTOS >>	
FILIAÇÃO << JOSÉ SOARES DOS SANTOS >>	
<< MARIA DA LUZ DA SILVA >>	
NATURALIDADE	CHÁ GRANDE - PE
DATA DE NASCIMENTO	03/03/1973
DOC. ORIGEM	<< CN. 10.144 L.18 F.248V CART. CHÁ GRANDE-PE 20.08.1982 >>
CPF	030.422.454-54
ASSINATURA DO TITULAR	
LEI Nº 7.110 DE 2006	
41879252706091804.8158020	F-81 80.765 - 4333





09 OUT 2018
ARJANA SEGUROS



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	5.058.536
DATA DE EXPEDIÇÃO	06/06/2018
NOME << EDVÂNIA SOARES DOS SANTOS >>	
FILIAÇÃO << JOSÉ SOARES DOS SANTOS >>	
<< MARIA DA LUZ DA SILVA >>	
NATURALIDADE	CHÁ GRANDE - PE
DATA DE NASCIMENTO	03/03/1973
DOC. ORIGEM	<< CN. 10.144 L.148 F.248V CART. CHÁ GRANDE-PE 20.08.1982 >>
CPF	030.422.454-54
ASSINATURA DO TITULAR	
LEI Nº 7.110 DE 2006	
41879252706091804.8155020 F-81 80.765 - 4333	

