



30/07/2020

Número: **0028940-40.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                 |                    | Procurador/Terceiro vinculado           |                    |
|--------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------|--------------------|
| MARIA EDICLEIDE DA SILVA (AUTOR)                       |                    | CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO (ADVOGADO) |                    |
| GENTE SEGURADORA SA (REU)                              |                    |                                         |                    |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU) |                    |                                         |                    |
| Documentos                                             |                    |                                         |                    |
| Id.                                                    | Data da Assinatura | Documento                               | Tipo               |
| 65541960                                               | 30/07/2020 16:26   | <a href="#">ANEXO 1</a>                 | Outros (Documento) |

Pedido de serviço para Declaração de Quitação Anual de Débitos nº 1356801851

**DECLARAÇÃO  
ANUAL**

Nome do consumidor atual:

**MARIA EDICLEIDE  
DA SILVA**

CPF/CNPJ:

**082.210.984-00**Endereço da unidade  
consumidora/expediente:**RUA SÃO CAETANO ,  
25 - NOVO**

Município:

**GRAVATA**

Estado:

**PE**

Conta Contrato:

**004002639896**

Período:

**01/01/2016 a 31/12/2016**

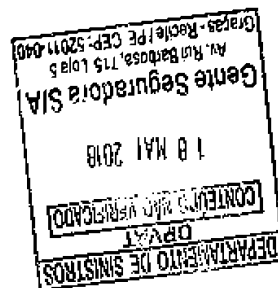
Cód. de Autenticação:

**CF4CE05A6FA6BBB4E10000000A96106A**

Não existem débitos de **2016** e anos anteriores. Esta declaração substitui, para comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais (Art.4º, Lei 12.007/09). Esta declaração não quita o saldo das faturas em discussão judicial que poderão ser cobradas após o fim do processo jurídico.

GRAVATA, 25 de Abril de 2018.

Utilize o código de autenticação mais o número da conta contrato e acesse o site <http://www.celpe.com.br> para validar a autenticidade deste documento.



19/02/2018

2a Via de Fatura

| NOTA FISCAL   FATURA   CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO</b><br>AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,<br>RECIFE, PERNAMBUCO<br>CEP 50050-902<br>CNPJ 10.835.932/0001-08<br>INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93                                                                                                                                                                                                                                                         | <br>Grupo Neoenergia<br>www.celpe.com.br |
| Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02<br><b>COMERCIAL 116   PRONTIDÃO 116</b><br>Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142<br>Ouvidoria: 0800 282 5599<br>Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos<br>Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL<br>167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis |                                                                                                                           |

|                                                                                                                         |                                                                                             |                                                                                                                                            |                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DADOS DO CLIENTE</b><br>INOLIDA MENEZES SILVA LEMOS<br>CPF: 067.798.924-89                                           | <b>DATA DE VENCIMENTO</b><br><b>30/01/2018</b><br><b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b><br><b>0,00</b> | <b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b><br>23/01/2018<br><b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b><br>23/01/2018<br><b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b><br>002745368 | <b>CONTA CONTRATO</b><br>007026635572<br><b>Nº DO CLIENTE</b><br>2016977349<br><b>Nº DA INSTALAÇÃO</b><br>9004094701 |
| <b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b><br>RUA ANTONIO DE FREITAS SOBRINHO 184<br>CENTRO GRAVATA<br>55640-000 GRAVATA PE | <b>CLASSIFICAÇÃO</b><br><b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b><br><b>Monofásico</b>            |                                                                                                                                            |                                                                                                                      |
| <b>RESERVADO AO FISCO</b><br>BB13.9C13.CE98.03FF.0759.237F.B50C.FF5D                                                    |                                                                                             |                                                                                                                                            |                                                                                                                      |

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL                |            |                  |                 |        |                  |
|-----------------------------------------|------------|------------------|-----------------|--------|------------------|
| DESCRIÇÃO                               | QUANTIDADE | PREÇO            | VALOR (R\$)     |        |                  |
| Consumo Ativo (kWh)                     | 128,00     | 0,67761320       | 86,73           |        |                  |
| Acréscimo bandeira VERMELHA             |            |                  | 1,38            |        |                  |
| Contribuição Iluminação Pública         |            |                  | 4,70            |        |                  |
| ICMS Subvenção-CDE-WF 002785184-2311117 |            |                  | 0,86            |        |                  |
| <b>TOTAL DA FATURA</b>                  |            |                  | <b>93,68</b>    |        |                  |
| INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS                 |            |                  |                 |        |                  |
| ICMS                                    |            | PIS              |                 | COFINS |                  |
| BASE DE CÁLCULO                         | %          | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | %      | VALOR DO IMPOSTO |
| 86,12                                   | 25,00      | 21,53            | 86,12           | 0,72   | 0,63             |
|                                         |            |                  | 86,12           | 3,39   | 2,90             |

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL                                                                                                    |                |                     |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------|---------------------|
| NÚMERO DO MEDIDOR                                                                                                                             | TIPO DE TENSÃO | ANTERIOR            | ATUAL               |
| 0000000315163239                                                                                                                              | CAT            | 23/12/2017 4.777,80 | 23/01/2018 4.905,80 |
|                                                                                                                                               |                | CONSUMO (kWh)       | 128,00              |
| DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 31/02/2018                                                                                              |                |                     |                     |
| DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES                                                                                                         |                |                     |                     |
| DESCRIÇÃO                                                                                                                                     | CONSUMO        | VALOR APURADO       | MÉDIA MENSAL        |
| Orelha de horas sem energia                                                                                                                   | QUANTIDADE     | 0,00                | 5,55                |
| Faltas de tensão sem energia                                                                                                                  | 0,00           | 3,42                | 8,85                |
| Orelha de duração máxima de interrupção contínua                                                                                              | 0,00           | 3,20                | 8,10                |
| Orelha de duração de interrupção em dia crítico                                                                                               |                |                     | Limite CDE: 12,22   |
| EL-90-Valor do Encargo do Uso - R\$ 31,70<br>Cada Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores DPC, PIC, DMC e DCR a qualquer tempo. |                |                     |                     |

| INFORMAÇÕES IMPORTANTES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                        |        |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------|--|
| Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a> .<br>O cliente é compensado quando há variação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.<br>Pagto. em atraso gera multa 2% (Res. 414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no pró. mês.<br>O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. |                        |        |  |
| NÍVEL DE TENSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                        |        |  |
| TENSÃO NOMINAL (V)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) |        |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | MÍNIMO                 | MÁXIMO |  |
| 220                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 202                    | 231    |  |
| AUTENTICAÇÃO MECÂNICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |        |  |

| DESTAQUE AQUI  |         |                     |            | TALÃO DE PAGAMENTO                                                               |  |
|----------------|---------|---------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------|--|
| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | TOTAL A PAGAR (R\$) | VENCIMENTO | Evite dobrar, perfurar ou rasurar.<br>Este canhoto será usado em leitores ótica. |  |
| 007026635572   | 01/2018 | 0,00                | 30/01/2018 |                                                                                  |  |
| FATURA PAGA    |         |                     |            | AUTENTICAÇÃO MECÂNICA                                                            |  |





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVA...  
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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Erica de Menezes Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 057.822.299/97 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria Edieleide da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.210.989/00 do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima Maria Edieleide da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.210.989/00 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<br><u>Rua Antônio de Freitas Sobrinho</u> |                           | Número<br><u>394-</u>               | Complemento<br><u>Casa</u>                      |
| Bairro<br><u>Centro</u>                            | Cidade<br><u>Brasília</u> | Estado<br><u>PE</u>                 | CEP<br><u>55640-000</u>                         |
| Email<br><u>ericamenezes@hotmail.com</u>           |                           | Telefone comercial(DDD)<br><u>-</u> | Telefone celular(DDD)<br><u>(81) 99360-5567</u> |

Brasília, 25 de Abril de 2018  
Local e Data

Erica de Menezes Silva  
Assinatura do Declarante

DLR01.001 V001/2017





Prefeitura de  
**Gravata**  
GOVERNO MUNICIPAL



**Secretaria de Saúde**

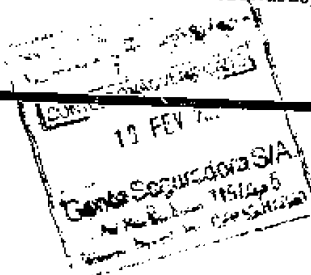
Memo Edmundo de Sth

Recente vítima de atropelamento  
por motocicleta em 21/12/17 - PE  
com trauma em N.E., resultado em  
fratura de fêmur (E) Mualmont,  
em tratamento cirúrgico.

Sugestões, Reclamações, Elogios  
Rua Izaltino Poggy, 33 - Prado - Gravata - PE  
Fone: 3563-9024/9025 - email: ouvidoriasusgravata@hotmail.com

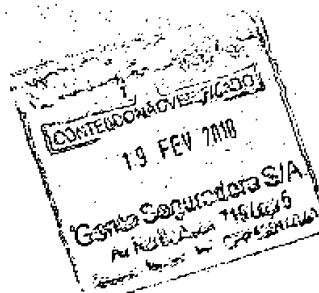
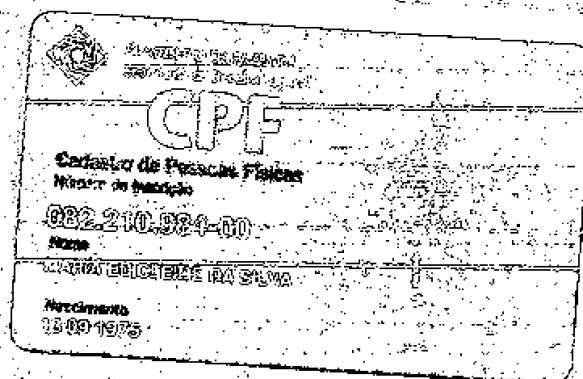
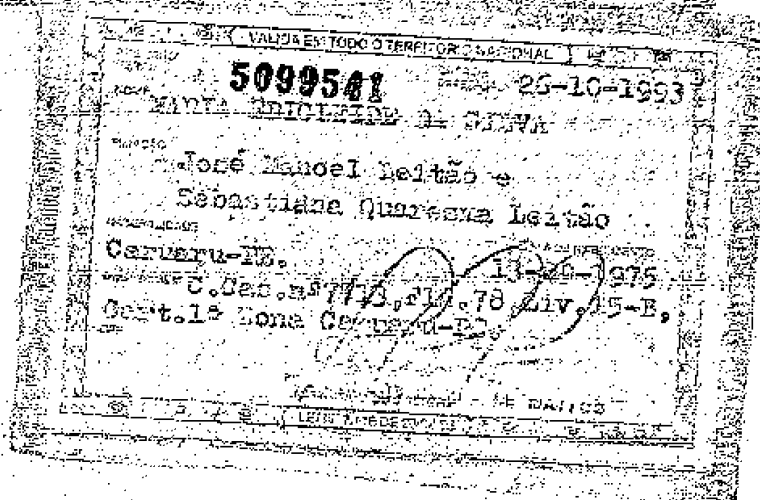
Dr. André Gustavo Pires  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 22725

26/12/17





0012\*



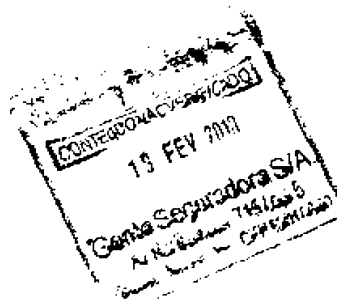
**COMPROVANTE DE SITUAÇÃO  
CADASTRAL NO CPF****MINISTÉRIO DA FAZENDA**

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **057.822.294-97**Nome: **ERICA DE MENEZES SILVA**Data Nascimento: **02/09/1983**Situação Cadastral: **REGULAR**Data de Inscrição no CPF: **27/01/2003**Dígito Verificador: **00**Comprovante emitido às: **15:11:00** do dia **19/02/2018** (hora e data de Brasília).Código de controle do comprovante: **D8F6.FB91.DDCD.2E12**

Aprovado pela IN/RFB no 1.548, de 13/02/2015.

**Nova Consulta**

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3180352911

Cidade: Gravata

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA EDICLEIDE DA SILVA

Data do acidente: 21/12/2017

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

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

Data da análise: 14/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das  
sequelas:

Documentos  
complementares:

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

### DANOS

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

### ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:



## PROCURAÇÃO PARTICULAR



### BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: Maria Edicleide da Silva  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada  
Profissão: Dona de Casa  
Identidade: 5.099.594 SEP/PE CPF: 082.210.984-00  
Endereço: Rua São Gastão N. 25, Bairro Nova  
Gravata/PE, CEP: 55643-120

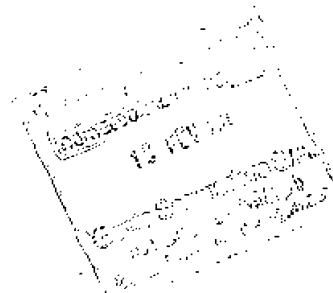
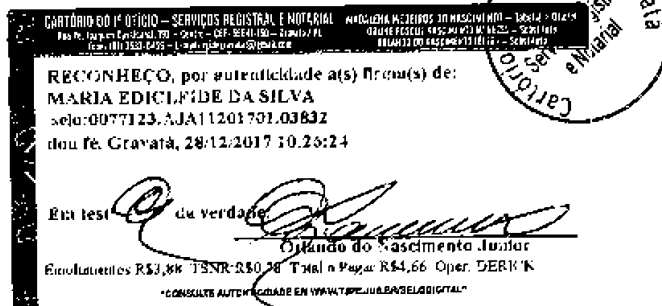
### PROCURADOR:

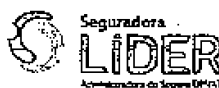
Nome: Enica de Menezes Silva  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira  
Profissão: Analista de Seguros  
Identidade: 2.694.5052-X SEP/PE CPF: 057.822.299-97  
Endereço: Rua Antonio de Freitas Salgueiro N. 199,  
Beirito - Centro, CEP: 55640-000 Gravata/PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, subestabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

Local e data

x Maria Edicleide da Silva  
Assinatura do Beneficiário/Vítima  
(reconhecer firma por autenticidade)





**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 221206 (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

082.210.984-00

Nome completo da vítima

Marina Edicilde da Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|                          |                      |                |
|--------------------------|----------------------|----------------|
| Nome completo            | CPF titular da conta | Profissão      |
| Marina Edicilde da Silva | 082.210.984-00       | Recebe         |
| Endereço                 | Número               | Complemento    |
| Rua São Pantano          |                      | Casa           |
| Bairro                   | Cidade               | Estado         |
| Novo                     | Granato              | PE             |
| Email                    |                      | CEP            |
|                          |                      | Telefone (DDD) |
|                          |                      | 18119-         |

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

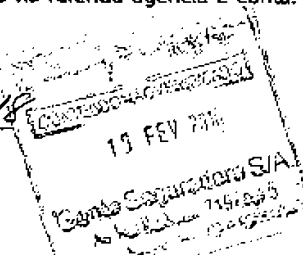
**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

|                                                                                                                            |                                                        |                                                           |                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR                                                                        | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00                 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00                                                                     | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00   | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00        |
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)                               |                                                        | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) |                                                        |
| <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) |                                                        |                                                           |                                                        |
| <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)                                                                     |                                                        |                                                           |                                                        |
| AGÊNCIA                                                                                                                    | DIV                                                    | CONTA                                                     | DIV                                                    |
| Nº                                                                                                                         |                                                        | Nº                                                        |                                                        |
|                                                                                                                            |                                                        |                                                           |                                                        |
| (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 Líder 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.

Granato 16 de Fevereiro de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE 001 V001/2017



Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA EDICLEIDE DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180352911**

Vítima: **MARIA EDICLEIDE DA SILVA**

Data do Acidente: **21/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ERICA DE MENEZES SILVA**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180352911**.

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 13180408

Pag. 01517/01518 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020759



Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: MARIA EDICLEIDE DA SILVA

Nº Sinistro: 3180352911

Vítima: MARIA EDICLEIDE DA SILVA

Data do Acidente: 21/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador ERICA DE MENEZES SILVA

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180352911**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **21/12/2017**. 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. 01815/01816 - carta\_04 - INVALIDEZ

00050908



Carta nº 13381953





**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 221206 (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

082.210.984-00

Nome completo da vítima

Maria Edicilde da Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|                                          |                   |                                        |  |                         |  |
|------------------------------------------|-------------------|----------------------------------------|--|-------------------------|--|
| Nome completo<br>Maria Edicilde da Silva |                   | CPF titular da conta<br>082.210.984-00 |  | Profissão<br>Pneum.     |  |
| Endereço<br>Rua São Pantano              |                   | Número                                 |  | Complemento<br>Casa     |  |
| Bairro<br>Novo                           | Cidade<br>Gravatá | Estado<br>PE                           |  | CEP                     |  |
| Email                                    |                   |                                        |  | Telefone (DDD)<br>7819- |  |

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

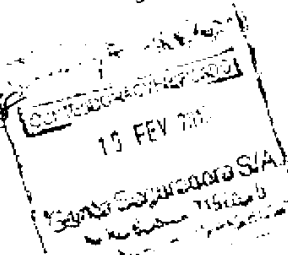
**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                        |                                                            |                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00                  | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00    | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00        |
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)<br><input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)<br><input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) |                                                        | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)  |                                                        |
| AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                          |                                                        | BANCO Nome <input type="text"/> NRO <input type="text"/>   |                                                        |
| CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                            |                                                        | AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> |                                                        |
| CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                            |                                                        | CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/>   |                                                        |
| (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 Líder 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.

Gravatá 16 de Fevereiro de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





**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 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 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<br>082.210.984-00 | Nome completo da vítima |
|---------------------------|---------------------------------|-------------------------|

| DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL |                                        |                      |  |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|--|
| Nome completo<br>Maria Edicleide da Silva                              | CPF titular da conta<br>082.210.984-00 | Profissão<br>Reclusa |  |
| Endereço<br>Rua São Bartolomeu                                         | Número<br>25                           | Complemento<br>Casa  |  |
| Bairro<br>Novo                                                         | Cidade<br>B. Barrota                   | CEP<br>55643-120     |  |
| Email                                                                  |                                        | Telefone (DDD)       |  |

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

| FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                        |                                                                                   |                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00                                         | <input type="checkbox"/> R\$ 1.000,00                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00                 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00                           | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00                                                                                                                                                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)<br><input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)<br><input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) |                                                                        | <input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)<br>BANCO<br>Nome |                                                                                                                                                                                                    |
| AGÊNCIA<br>NRO. 0993 DV 013<br>CONTA<br>NRO. 51468 DV 2<br>(Informar dígito se existir)                                                                                                                                                                                                                          | AGÊNCIA<br>NRO. DV<br>CONTA<br>NRO. DV<br>(Informar dígito se existir) |                                                                                   | <b>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT</b><br><b>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO!</b><br>16 ABR 2018<br><b>Gente Seguradora S/A</b><br>Av. Ruy Barbosa, 715 - 10º Andar<br>Graciosa - Recife/PE CEP: 53011-000 |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.

B. Barrota, 26 de Março de 2018.

Local e Data

X Maria Edicleide da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





**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 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 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 e 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 ASI

CPF da Vítima

082.240.984-00

Nome completo da vítima

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|                          |                      |                |
|--------------------------|----------------------|----------------|
| Nome completo            | CPF titular de conta | Profissão      |
| Maria Edicleide da Silva | 082.240.984-00       | Reclusa        |
| Endereço                 | Número               | Complemento    |
| Rua São Sebastião        | 25                   | 000            |
| Bairro                   | Estado               | CEP            |
| NOVO                     | PE                   | 55643-120      |
| Cidade                   |                      | Telefone (DDD) |
| Gravata                  |                      |                |
| Email                    |                      |                |

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

☐ R\$ 1.000,00

☐ 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

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

☐ BRAPESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

0993

DV

103

CONTA

Nº

51468

DV

2

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

(Informar dígito se existir)

|                                   |
|-----------------------------------|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS         |
| DPVAT                             |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO           |
| 16 ABR 2018                       |
| Gente Seguradora S/A              |
| Av. Ror Barbosa, 9157-035         |
| Grupos - Recife/PE/CEP: 52041-040 |

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.

Gravata 26 de Março de 2018.

Local e Data

Maria Edicleide da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





423794



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ªCIRC  
DINTER/12ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0152000273**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/01/2018** às **11:46**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **21/12/2017** no período da **Manhã**

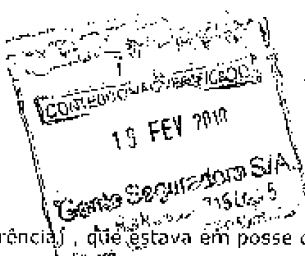
Fato ocorrido no endereço: **RUA SAO CAETANO, 1, PROXIMO AO COLEGIO GRAVATA** (Bairro: **BAIRRO NOVO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**)  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/ AGENTE)  
MARIA EDICLEIDE DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

**MARIA EDICLEIDE DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **SEBASTIANA QUARESMA LEITAO** Pai: **JOSE MANOEL LEITAO** Data de Nascimento: **13/9/1975** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA SAO CAETANO, 25 - CEP: 0 - Bairro: BAIRRO NOVO - GRAVATA/PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

**MOTO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

**A VITIMA RELATA QUE ANDAVA PELA CALCADA QUANDO FOI ATROPELADA POR UMA MOTO QUE PASSAVA PROXIMO AO MEIO FIO PARA LIVRAR UM QUEBRA MOLA, QUE O IMPUTADO NAO PRESTOU SOCORRO, QUE A MESMA SOFREU UMA FRATURA NA TIBIA. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA.**

19/01/2018 11:37

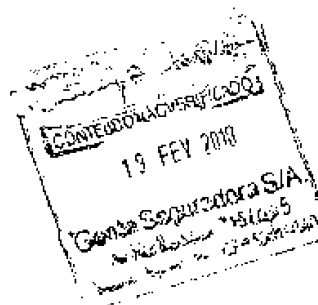


Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Maria Edicleide da Silva

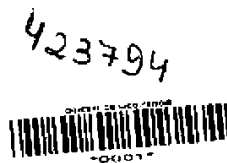
MARIA EDICLEIDE DA SILVA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: EILTON FERREIRA BULHOES - Matrícula: 319807-3



19/01/2018 11:37





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ªCIRC  
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0152000273**

461725  
0279837/18

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/01/2018** às **11:46**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **21/12/2017** no período da Manhã

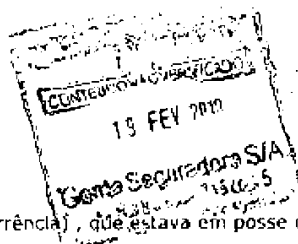
Fato ocorrido no endereço: **RUA SAO CAETANO, 1, PROXIMO AO COLEGIO GRAVATA** Bairro: **BAIRRO NOVO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/ AGENTE)  
MARIA EDICLEIDE DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

**MARIA EDICLEIDE DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **SEBASTIANA QUARESMA LEITAO** Pai: **JOSE MANOEL LEITAO** Data de Nascimento: **13/9/1975** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA SAO CAETANO, 25 - CEP: 0 - Bairro: BAIRRO NOVO - GRAVATA/PERNAMBUCO /BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: , Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

**A VITIMA RELATA QUE ANDAVA PELA CALÇADA QUANDO FOI ATROPELADA POR UMA MOTO QUE PASSAVA PROXIMO AO MEIO FIO PARA LIVRAR UM QUEBRA MOLA, QUE O IMPUTADO NAO PRESTOU SOCORRO, QUE A MESMA SOFREU UMA FRATURA NA TIBIA. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA.**

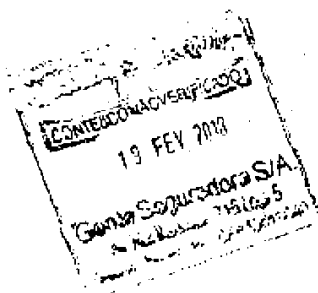


Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Maria Edicleide da Silva

MARIA EDICLEIDE DA SILVA  
(VITIMA)

B.O. registrado por EILTON FERREIRA BULHOES - Matrícula: 319807-3





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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: Maria Edieluide da Silva CPF da Vítima: 082.210.984-00 Data do Acidente: 21.12.2017

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_ CPF do Representante legal: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ Telefone (DDD): (81)

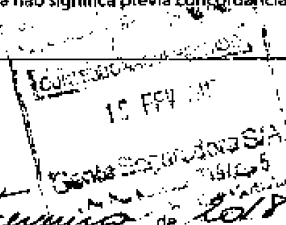
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

#### 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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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



Granata 16 de Junho de 2018  
Local e Data

x Maria Edieluide da Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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 interdita 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: Maria Edicleide da Silva CPF da Vítima: 082.210.984-00 Data do Acidente: 21.12.2017

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

Telefone (DDD)

(81)

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:

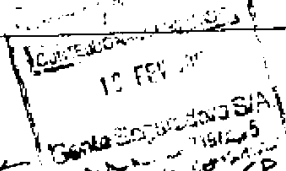
☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ 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.



gravata 16 de Junho de 2018

Local e Data

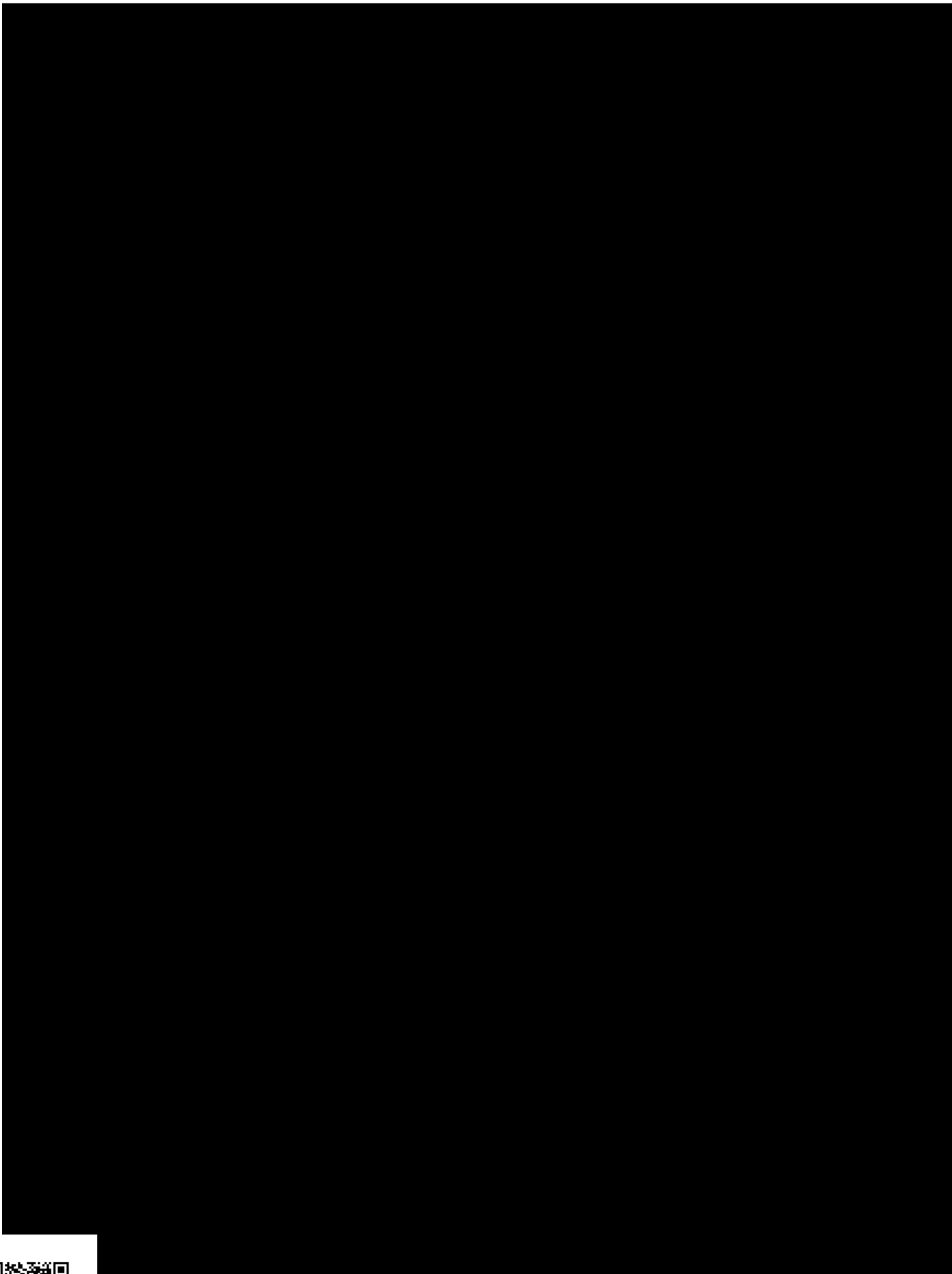
Maria Edicleide da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI 001 V001/2017





**PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM**

**SINAIS VITAIS**

|       |  |      |  |      |  |
|-------|--|------|--|------|--|
| TEMP. |  | HGT  |  | P.A. |  |
| F.C.  |  | F.R. |  |      |  |

RX -> fratura fechada de fêmur

LD= estabilizado com tala gessada

Dr. Ryan Nelson  
Médico  
CRM-DF 25725

**ALTA**

HORA:

DATA

21/12/12

CURADO ☐

MELHORADO ☒

A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☐

ADMINISTRATIVO ☐

ÓBITO ☐

**MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO**

Dr. Ryan Nelson  
Médico  
CRM-DF 25725

**FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS**

Rua Joaquim Souto Maior, S/N, Nsrª das Graças – Gravata - 55642-250. (81) 3533-0423



**PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS - EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM**

**SINAIS VITAIS**

|       |  |      |  |      |  |
|-------|--|------|--|------|--|
| TEMP. |  | HGT  |  | P.A. |  |
| F.C.  |  | F.R. |  |      |  |

RX -> Fratura fechada de Fíbula

LD. imobilização com tala gessada

Dr. Ruan Nelson  
Médico  
CRM-PF 25725

**ALTA**

HORA:

DATA

21/12/12

CURADO ☐

MELHORADO ☒

A PEDIDO ☐

TRANFENDO ☐

ADMINISTRATIVO ☐

ÓBITO ☐

**MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO**

Dr. Ruan Nelson  
Médico  
CRM-PF 25725

**FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS**

Rua Joaquim Souto Maior, 5/N, Nda das Graças - Gravata - 55642-250. (81) 3533-0423





PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA  
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 252884

PACIENTE: MARIA EDICLEIDE DA SILVA

GENITORA: SEBASTIANA QUARESMA LEITÃO

DATA DE NASCIMENTO: 13/09/1975

IDADE: 42

ENDEREÇO: RUA SÃO CAETANO

BAIRRO: BAIRRO NOVO

PONTO DE REFERÊNCIA:

DATA: 21/12/2017

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 08:53

CNS: 700500310575958

TELEFONE: (81) 98937-4143

SEXO: Feminino

COR: Sem Informação

Nº:

UF: PE

CEP:

CIDADE: GRAVATÁ

ACOMPANHANTE:



HDA

Tranma em perna  
Secundária à acidente com  
moto.

Maria Edicleide C. da Silva  
Identificação 3273

SETOR DE ARQUIVO  
SAME DO H.M.D.P.V.P.

21.12.2017  
10:01

EXAME FÍSICO

R-X

alteração - 01/12/17

10:05  
10:05

EXAMES SOLICITADOS

HD

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Rua Joaquim Souto Maior, S/N, Nsrª das Graças - Gravata - 55642-250. (81) 3533-0423



**PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS - EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM**

**SINAIS VITAIS**

|       |  |      |  |      |  |
|-------|--|------|--|------|--|
| TEMP. |  | HGT  |  | P.A. |  |
| F.C.  |  | F.R. |  |      |  |

Rx -> Fratura fechada de Fíbula

LD: Imobilização com tala gessada

Dr. Ruan Nelson  
Médico  
CRM 25725

**ALTA**

HORA:

DATA

21/12/12

CURADO ☐

MELHORADO ☒

A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☐

ADMINISTRATIVO ☐

ÓBITO ☐

**MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO**

Dr. Ruan Nelson  
Médico  
CRM 25725

**FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS**

Rua Joaquim Souto Maior, S/N, Nsra das Graças - Gravata - 55642-250. (81) 3533-0423



# PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS - EVOLUÇÃO MÉDICA E ENFERMAGEM

## SINAIS VITAIS

|       |  |      |  |      |  |
|-------|--|------|--|------|--|
| TEMP. |  | HGT  |  | P.A. |  |
| F.C.  |  | F.R. |  |      |  |

Rx -> Fratura fechada de Fíbula

LD. imobilizada com tala gessada

Dr. Ruan Nelson  
Médico  
CRM 25725

## ALTA

|       |                  |                                    |                                               |                                   |
|-------|------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------|
| HORA: | DATA<br>21/12/12 | CURADO <input type="checkbox"/>    | MELHORADO <input checked="" type="checkbox"/> | A PEDIDO <input type="checkbox"/> |
|       |                  | TRANFENDO <input type="checkbox"/> | ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/>       | ÓBITO <input type="checkbox"/>    |

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

Dr. Ruan Nelson  
Médico  
CRM 25725

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

Rua Joaquim Souto Maior, S/N, Nsra das Graças - Gravata - 55642-250. (81) 3533-0423



**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

### DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

### NÍVEIS DE TENSÃO

-----▲▲▲▲▲  
DESTAQUE AQUI

**FATURA PAGA**

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

