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

Rio de Janeiro, 19 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190590853 **Vítima: JAILSON DANTAS DE BARROS**

Data do Acidente: 29/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAILSON DANTAS DE BARROS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00889/00890 - carta_01 - INVALIDEZ

00100445

Carta nº 14989410

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

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190590853 **Vítima: JAILSON DANTAS DE BARROS**

Data do Acidente: 29/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JAILSON DANTAS DE BARROS

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 06/09/2019, emitido pelo Dr. ENIO SIBÉRIO CRM nº 12973 - PE, da Instituição HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00549/00550 - carta_31 - INVALIDEZ
00290275
Carta nº 15005265

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	035.778.704-86	JAILSON DANTAS DE BARROS

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: JAILSON DANTAS DE BARROS
6 - CPF: 035.778.704-86
7 - Profissão: R. INFORMAR
8 - Endereço: RUA JESUS TE AMA
9 - Número: 39
10 - Complemento: QD-U1 LT-24
11 - Bairro: SÃO DOMINGOS
12 - Cidade: BREJO DA MADRE DE DEUS
13 - Estado: PE
14 - CEP: 55170-000
15 - E-mail: / /
16 - Tel.(DDD): (81) 99161-3907

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: INTER
AGÊNCIA: 0001 9 (Informar o dígito se existir) CONTA: 4010777 9 (Informar o dígito se existir)

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☐ **O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou**

☐ **O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.**

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo
24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:
26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:
30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BREJO DA MADRE DE DEUS 09/10/2019

JAILSON DANTAS DE BARROS
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

554383
0363302/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - DP128CIRC DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0218003596

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/09/2019** às **18:57**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **29/6/2019** às **11:40**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, PE-160, NO SEMAFARO QUE DAR ENTRADA AO BAIRRO BELA VISTA** - Bairro: **CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
128ª CIRCUNSCRIÇÃO

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JAILSON DANTAS DE BARROS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JAILSON DANTAS DE BARROS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **CLEONICE PRUDENCIO DE SOUZA** Pai: **GENTIL DANTAS DE BARROS** Data de Nascimento: **27/12/1978** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5276096/SDS/PE (RG)**, **03577870486 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1°. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTOTAXISTA** Telefones Celulares:
- **979100044**

Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, RUA JESUS TE AMA, 39, SÃO DOMINGOS, - CEP: 0 - Bairro: SAO DOMINGOS - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, PROXIMO DA RODOVIARIA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JAILSON DANTAS DE BARROS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JAILSON DANTAS DE BARROS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PFJ7486** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **331162032** Chassi: **9C2KC1670BR574547**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VITIMA CONFIRMA QUE NO DIA 29 DE JUNHO DE 2019, POR VOLTA DAS 11:40 HORAS, SE ENCONTRAVA PILOTANDO A SUA MOTOCICLETA, SENDO QUE NA RODOVIA PE-160, NO SEGUNDO SEMAFORO QUE DAR ACESSO AO BAIRRO BELA VISTA, AO PARAR A SUA MOTOCICLETA POR CAUSA DO FAROL VERMELHO, UMA CAMINHETE S-10 DE COR BRANCA COLIDIU NA TRAZEIRA DA SUA MOTOCICLETA, FICANDO FERIDO NO OMBRO DO LADO DIREITO DO CORPO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA A UPA DESTA CIDADE. DIANTE DO FATO EXPOSTO, SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDENCIAS.

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

Jailson Dantas de Barros

JAILSON DANTAS DE BARROS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALMIR PEREIRA BARBOSA** - Matrícula: **3848779**

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
128ª CIRCUNSCRIÇÃO

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	035.778.704-86	JAILSON DANTAS DE BARROS

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: JAILSON DANTAS DE BARROS
6 - CPF: 035.778.704-86
7 - Profissão: R. INFORMAR
8 - Endereço: RUA JESUS TE AMA
9 - Número: 39
10 - Complemento: QD-U1 LT-24
11 - Bairro: SÃO DOMINGOS
12 - Cidade: BREJO DA MADRE DE DEUS
13 - Estado: PE
14 - CEP: 55170-000
15 - E-mail: / /
16 - Tel.(DDD): (81) 99161-3907

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: INTER
AGÊNCIA: 0001 9 (Informar o dígito se existir) CONTA: 4010777 9 (Informar o dígito se existir)

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☐ **O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou**

☐ **O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.**

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo
24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:
26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:
30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BREJO DA MADRE DE DEUS 09/10/2019

JAILSON DANTAS DE BARROS
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

SAMU 192

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPL DE SAÚDE
SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) JAILSON DANTAS DE BARROS, CPF: 035.778.704-86, RG-5.276096 SDS/PE que consta nos registros de ocorrências do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por este serviço ao mesmo com **ID-0235 , REG- 24.672,** no dia 29 de junho de 2019, às 11:00H e 56min, na Av. Bela vista , com queixa de queda de moto, tendo sido enviado pela **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO (USB)** que prestou atendimento a vítima no local, transportando-o para UPA 24h

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: avaliação da equipe plantonista, protocolo de trauma, verificação de sinais e remoção.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 10 DE SETEMBRO 2019

Maria Lenice C. da Silva
Coordenação SAMU
Mat. 1.[illegible]

MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA
COORDENADORA

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE – BASE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE em ___ / ___ / ___

_____

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

CELPE

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0035043-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JAILSON DANTAS DE BARROS

CPF: 035.778.704-95

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JESUS TE AMA 39 QD- U1 LT- 24

SAO DOMINGOS/SAO DOMINGOS
BREJO DA MADRE DE DEUS PE
55170-000

Nº DA NOTA FISCAL	CÓDIGO	EMISSÃO
075216486	ÚNICA	27/08/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
27/08/2019	2002973405	5371695

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7006735821	08/2019

DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA LEITURA
03/09/2019	25/09/2019

TOTAL A PAGAR (R$): 67,73

DESCRIÇÃO NA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	75,0000000	0,77545172	58,15
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,23
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,57
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,21
ICMS Subvenção-CDE-NF 087568803-26/08/19			0,54
Multa por atraso-NF 087568803 - 26/08/19			1,20
Juros por atraso-NF 087568803 - 26/08/19			0,80
Atualização IGPM-NF 087568803 - 26/08/19			0,23

TOTAL DA FATURA 67,73

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3011116873	CAT	26-07-2019	6 830,00	27-08-2019	6 905,00	32	1,00000		75,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES DE TRIBUTAÇÃO

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	61,95	25,00	15,49
PIS	61,95	0,74	0,46
COFINS	61,95	3,42	2,11

COMPOSIÇÃO DE CUSTOS

Geração de Energia	R$	21,49	34,96%
Transmissão	R$	2,16	3,49%
Distribuição (Celpe)	R$	13,01	21,10%
Perdas de Energia	R$	4,12	6,65%
Encargos Setoriais	R$	3,07	4,96%
Tributos	R$	18,04	29,12%
Total	R$	61,88	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo(kWh) 0,54933003

CHAVE DE ACESSO

3E31 605C 6998 5AC1 8EC9 F9D5 DD0A 8F0E

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você (lotéricas, correspondentes, internet, caixa eletrônico ou 55 centro). Fique de olho: vencimento em sábado, domingo ou feriado. Consulta completa em www.celpe.com.br. *Na data de leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.419/13. O cliente é comunicado quando há interrupção na continuidade no fornecimento, ou nível de tensão fora do nível definido de fornecimento. Multa, em atraso para multa 2% (Resol 414/ANEEL). Juros 1% a.m. (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo, mês O. Conta é considerada quando há descumprimento do prazo definido para os pedidos de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, e encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE

Vencto	Dt Previsto	Valor	Vencto	Dt Previsto	Valor
03/08/19	27/08/19	88,47			

Este comunicado NÃO substitui a nota de débito e tampouco é NÃO consome débito em desacordo atual. Caso a concessionária do fornecimento ser estes ou dos custos de faturamento, poderá cobrar o encerramento do contrato, podendo também aquele contrato conforme as práticas definidas na Art. 84 RDV 414/Aneel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

As condições gerais fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010) tarifas, produtos, serviços contratados e direitos e deveres a disposição para consulta, em nossos postos de atendimento ou site www.celpe.com.br

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

	CONJUNTO SANT'ANA	VALOR ACUMULADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	DO CAPIBARIBE	0,00	5,19	10,39	20,77
FIC		0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC		0,00	2,94	5,88	0,00

Limite DICRI: 13,22 EUSD - Valor de Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R$ 22,37

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTORIZADO PELA ANEEL
DESPACHO 2.000/2010 - 27/08/2010

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
7006735821	08/2019	03/09/2019	67,73

83840000000-6 67730011007-0 00673582110-0 14179978933-3

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

CELPE

NOTA FISCAL / FATURA / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0300943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ROSEMIRO ALVES ROCHA 3

CENTRO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
55192-305

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7008475460	09/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA LEITURA
12/09/2019	08/10/2019
TOTAL A PAGAR (R$)	
	84,83

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
078083922	UNICA	05/09/2019

VERIFICADOR	Nº DE CONTROLE	CHAVE DE ACESSO
05/09/2019	2011168088	3423002

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	97,0000000	0,77962320	75,61
Acréscimo Bandeira VERMELHA			5,50
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,07
ICMS Subvenção-CDE-NF 084614149-05/08/19			0,94
ICMS Subvenção-CDE-NF 056950284-05/07/19			0,71

TOTAL DA FATURA 84,83

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3180287771	CAT	06-08-2019	155,00	05-09-2019	252,00	30	1,00000		97,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	kWh
SET 19	97
AGO 19	113
JUL 19	102
JUN 19	139
MAI 19	115
ABR 19	96
MAR 19	124
FEV 19	131
JAN 19	83
DEZ 18	99
NOV 18	100
OUT 18	95
SET 18	92

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	81,11	25,00	20,27
PIS	81,11	0,81	0,65
COFINS	81,11	3,72	3,01

COMPOSIÇÃO DO CUSTO

Geração de Energia	R$	27,50	34,52%
Transmissão	R$	2,61	3,46%
Distribuição (Celpe)	R$	17,02	20,98%
Perdas de Energia	R$	5,38	6,61%
Encargos Setoriais	R$	4,00	4,53%
Tributos	R$	23,60	29,50%
Total	R$	81,11	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo(kWh) 0,54233000

NÚMERO ÚNICO DE PEDIDO

5481 C589 1D58 02D9 5F37 9DDE 8E0B D1AD

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você/loja de chaves: nos bairros de maio 5h centro/horaterra / cabo deve artigo 123 centro Lista completa em www.celpe.com.br * Na data da fatura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br. Cobrança CMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.458/13. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.458/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual (ou de nível de tensão) do fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res 414/2010 Art. 1, Juros 1% a m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo. Não O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

Acompanhe pelo site www.celpe.com.br, Sac 116, ANEEL 0800 61 2010, Ouvidoria, produtos, serviços prestados e tributos na encarteira à disposição, para

---

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
4810389 SSP PE

CPF: 945.234.444-04
DATA NASCIMENTO: 26/07/1974

FILIAÇÃO
JOSE GOMES DE MOURA
ISMAETE FERREIRA DE MOURA

PERMISSÃO | ACC | CAT. HAB.: B

Nº REGISTRO: 02378605879
VALIDADE: 08/04/2022
1ª HABILITAÇÃO: 17/06/2002

OBSERVAÇÕES

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1421884961

PROIBIDO PLASTIFICAR
1421884961

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: SURUBIM - PE
DATA EMISSÃO: 10/04/2017

Charles Andrews Soares Ribeiro
Diretor Presidente
ASSINATURA DO EMISSOR

53286755000
25078665272

PERNAMBUCO

DEPARTAMENTO CONTRAN

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] 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[2]**.

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JAILSON DANTAS DE BARROS inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.778.704 / 86, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JAILSON DANTAS DE BARROS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.778.704/ 86, 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		Número	Complemento
RUA ROSEMIRO ALVES DA ROCHA		03	CASA
Bairro	**Cidade**	**Estado**	**CEP**
CENTRO	SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	PE	55750-000
Email	**Telefone comercial(DDD)**	**Telefone celular (DDD)**	
AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR	81-99700-1998	81-98129-8619	

Stº CRUZ DO CAPIBARIBE 10 de OUTUBRO de 2019
Local e Data

Adriana M. Moura de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
UMA CIDADE MELHOR PARA TODOS

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **JAILSON DANTAS DANTAS DE BARROS** nascido em 27/12/1978 esteve nesta unidade hospitalar no dia 29/06/2019 por volta das **12h23min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 12 de SETEMBRO de 2019.

ATENCIOSAMENTE

JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

Rodovia PE 160, SN – Curral Picado – Santa Cruz do Capibaribe - PE
E-mail: upa24hscc@gmail.com

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)

UPA 24h UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE:(81)99982-5994 CEP:55190-000

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0243068 29/06/2019 12:23:16 Código: 0248704
Paciente: JAILSON DANTAS DE BARROS SUS:
Sexo: MASC D. Nasc.: 27/12/1978 Idade: 41 ANOS
RG: CPF: 03577870486
Profissão: OUTROS
Filiação: Mãe: CLEONOICE PRUDENCIO DE SOUZA
Pai: GENTIL DANTAS DE BARROS
Endereço: RUA JESUS TE AMA 39
Bairro: CASAS DA CAIXA SÃO DOMINGOS
Estado: PERNAMBUCO CEP: 55178 000 Cidade: BREJO DA MADRE DE DEUS
Fone: 81 9 9284 8026

Pressão Arterial: 160 x 110 — Pulso: 108 SpO2 - 97%
Temperatura: Peso:

Histórico da Doença atual:
Paciente vítima de acidente de ~~trabalho~~ moto, queda há ± 1 hora, dor em ombro (D)

Exame Físico:
~~Dor~~
Ex fis: Dor à palpação em ombro (D)

Diagnóstico Provisório:

Conduta: (1) Voltaren 01 FA (IM) 12:45 hs
(2) Solicito Rx de ombro (D)

Angela Mendonça Lima
CRM-PE 30447

Liberação do Paciente: Data: __/__/____ Hora:

Carimbo e Assinatura do Médico: Carimbo e Assinatura do Atendente:

Rx ombro (D): sem evidência de fratura, com limitação do movimento
CD: Alta + analgésico p/ casa + encaminhamento ao ortopedista

D. O. Melo
Médico
CRM-PE 27649

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
UMA CIDADE MELHOR PARA TODOS
SECRETARIA DE SAÚDE

SUS Sistema Único de Saúde

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CONSULTA ESPECIALIZADA OU EXAME COMPLEMENTAR*

Unidade Solicitante:

Nome do Usuário: JAILSON DANTAS DE SANTANA

Prontuário: CNS:

Data Nascimento: / / Telefone: ( )

Endereço:

Solicitação de PÓS-CIRÚRGICO — ORTOPEDICO

HISTÓRIA CLÍNICA RESUMIDA:

sequelas de trauma

CID Principal: M75 —

Exames e Tratamentos já realizados:

RM do OMBRO D

Prioridade: ( ) Não (X) Sim **(Sempre justificar indicação de prioridade)** sofrimento intenso

Data: 27/08/19

Profissional Solicitante:

Dr. Santo Pio de Sales Chaves
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PE 16489

***Todos os campos deverão ser preenchidos**

Rua Elias Ferreira nº 125 – Dona Dom – Santa Cruz do Capibaribe-PE CEP: 55190-000
Fones: (81) 3731-3564 / 3731-3877 | Fax: (81) 3731-3877 | CNPJ: 11.196.515/0001-25

SES HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS	REGISTRO Nº	DATA:___/___/___

DADOS CADASTRAIS

NOME:
HOF - HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
CNS: 898003483676939
Prontuário: 1094530
Nome: JAILSON DANTAS DE BARROS
Nasc.: 27/12/1978 Sexo: MASCULINO
Mãe: CLEONICE PRUDENCIO DE SOUZA
End.: ACESSO POVOADO DE
Nº: 1 Bairro: CALDEIRAO
CEP: 55170000 Telefone: 558179100044

VACINAS

DOSE	ANTI-POLIOMIELITE	DPT	BCG	ANTI-SARAMPO	TT	OUTRAS
1ª						
2ª						
3ª						
R						

PROCEDIMENTOS

DATA	MOTIVO DA CONSULTA/EXAMES FÍSICOS/HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS/CONSULTAS
	06/09/19 autofedo
	Cirurgia fratura bicondilar esq
	cd. Fisioterapia

Enio Sibério
Traumato-Ortopedia
CRM 12973

HUMANA
DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

(81) 3731.8825 | 9 9900.8656
www.humanadiagnosticos.com.br
Rua Maestro Alexandre, 117, Nova Santa Cruz
CEP 55.194-321 | Santa Cruz do Capibaribe - PE

Nome: JAILSON DANTAS DE BARROS
Solicitante Dr: CLEANTO PIO DE S. CHAVES
Dt.nasc.: 27/12/1978 Idade: 40 ANOS
Data: 03/07/2019

ULTRASSONOGRAFIA DO OMBRO DIREITO

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com transdutor linear multifrequencial.

ANÁLISE:

Tendão da cabeça longa do bíceps de espessura e ecotextura preservada.

Pequena quantidade de liquido peritendinoso bicipital, inferindo derrame articular.

Manguito rotador e seus tendões (supraespinhoso, infraespinhoso e subescapular) de aspecto, textura e ecogenicidade normal.

Bursa subacrômio/sudeltóidea e subescapular de tamanho normal, não há liquido patológico.

Irregularidades na cortical óssea do úmero proximal, sobretudo na região da grande tuberosidade, com pequenos destacamentos ósseos, compatível com pequenos traços de fraturas.

Articulação acrômio-clavicular sem alterações significativas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Irregularidades na cortical óssea do úmero proximal, sobretudo na região da grande tuberosidade, com pequenos destacamentos ósseos, compatível com pequenos traços de fraturas.

- Pequena quantidade de liquido peritendinoso bicipital, inferindo derrame articular.

Dr. Janniê de Miranda Araújo
Médico Radiologista – Membro Titular do CBR
CRM/PE -21033 CRM/PB - 7901

Responsável técnico: Janniê de Miranda - CRM/PE 21033

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PE

NOME
JAILSON DANTAS DE BARROS

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
5276096 SDS PE

CPF
035.778.704-86

DATA NASCIMENTO
27/12/1978

FILIAÇÃO
GENTIL DANTAS DE BARROS
CLEONICE PRUDENCIO DE SOUZA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04110281790

VALIDADE
11/03/2022

1ª HABILITAÇÃO
31/05/2007

OBSERVAÇÕES
EAR
CMTX

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE

DATA EMISSÃO
20/03/2017

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente
ASSINATURA DO EMISSOR

68706362701
PE077795121

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1421847341

PROIBIDO PLASTIFICAR
1421847341

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

CELPE

NOTA FISCAL / FATURA / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0300943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ROSEMIRO ALVES ROCHA 3

CENTRO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
55192-305

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7008475460	09/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA LEITURA
12/09/2019	08/10/2019
TOTAL A PAGAR (R$)	
	84,83

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
078083922	UNICA	05/09/2019

VERIFICADOR	Nº DE CONTROLE	CHAVE DE ACESSO
05/09/2019	2011168088	3423002

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	97,0000000	0,77962320	75,61
Acréscimo Bandeira VERMELHA			5,50
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,07
ICMS Subvenção-CDE-NF 084614149-05/08/19			0,94
ICMS Subvenção-CDE-NF 056950284-05/07/19			0,71

TOTAL DA FATURA 84,83

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3180287771	CAT	06-08-2019	155,00	05-09-2019	252,00	30	1,00000		97,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	kWh
SET 19	97
AGO 19	113
JUL 19	102
JUN 19	139
MAI 19	115
ABR 19	96
MAR 19	124
FEV 19	131
JAN 19	83
DEZ 18	99
NOV 18	100
OUT 18	95
SET 18	92

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	81,11	25,00	20,27
PIS	81,11	0,81	0,65
COFINS	81,11	3,72	3,01

COMPOSIÇÃO DO CUSTO

Geração de Energia	R$	27,50	34,52%
Transmissão	R$	2,61	3,46%
Distribuição (Celpe)	R$	17,02	20,98%
Perdas de Energia	R$	5,38	6,61%
Encargos Setoriais	R$	4,00	4,53%
Tributos	R$	23,60	29,50%
Total	R$	81,11	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo(kWh) 0,54233000

NÚMERO ÚNICO DE PEDIDO

5481 C589 1D58 02D9 5F37 9DDE 8E0B D1AD

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você/loja de chaves: nos bairros de maio 5h centro/horaterra / cabo deve artigo 123 centro Lista completa em www.celpe.com.br * Na data da fatura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br. Cobrança CMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.458/13. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.458/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual (ou de nível de tensão) do fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res 414/2010 Art. 1, Juros 1% a m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo. Não O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

Acompanhe pelo site www.celpe.com.br, Sac 116, ANEEL 0800 61 2010, Ouvidoria, produtos, serviços prestados e tributos na encarteira à disposição, para

---

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
4810389 SSP PE

CPF: 945.234.444-04
DATA NASCIMENTO: 26/07/1974

FILIAÇÃO
JOSE GOMES DE MOURA
ISMAETE FERREIRA DE MOURA

PERMISSÃO | ACC | CAT. HAB.: B

Nº REGISTRO: 02378605879
VALIDADE: 08/04/2022
1ª HABILITAÇÃO: 17/06/2002

OBSERVAÇÕES

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1421884961

PROIBIDO PLASTIFICAR
1421884961

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: SURUBIM - PE
DATA EMISSÃO: 10/04/2017

Charles Andrews Soares Ribeiro
Diretor Presidente
ASSINATURA DO EMISSOR

53286755000
25078665272

PERNAMBUCO

DEPARTAMENTO CONTRAN

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014802035027

SMTT/TP Nº 00.22

RENAVAM	E.N.T.R.C.	EXERCICIO
1 331162032	**********	2019

NOME
JAILSON DANTAS DE BARROS

3 C CAPIBARIBE-PE 0

CPF / CNPJ	PLACA
035.778.704-96	PFJ7486

PLACA ANT / UF	CHASSI
******* /PE	9C2KC1670BR574547

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS /MOTOCICLETA/MOTO-TAX	ALCO/GASOL

MARCA / MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/CG 150 FAN ESI	2011	2011

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
29/149CL	ALUGUEL	VERMELHA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
IPVA 2019 QUITADO		1ª ********* 2ª ********* 3ª *********

FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS
1	**********

PREMIO TARIFARIO (R$)	IOF (R$)	PREMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.32	84.58	11/03/19

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

3 C CAPIBARIBE — DATA 13/03/19

Roberto Carlos Maranta Fontelles
DIRETOR PRES

AUTENTICAÇÃO MECÂN

REGULA OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, QUE POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

PE Nº 014802035027 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JAILSON DANTAS DE BARROS

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

0

3 C CAPIBARIBE-PE — EXERCÍCIO 2019 — DATA EMISSÃO 13/03/19

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	035.778.704-96	PFJ7486

RENAVAM	MARCA / MODELO
331162032	HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB	CAT. TAXE	Nº CHASSI
2011	09	9C2KC1670BR574547

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
36.05	4.01	40.06

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)
4.15	0.32	84.58

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
[X] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO	11/03/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363302/19

Vítima: JAILSON DANTAS DE BARROS

Data do acidente: 29/06/2019

CPF: 035.778.704-86

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JAILSON DANTAS DE BARROS

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JAILSON DANTAS DE BARROS : 035.778.704-86

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/10/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNAI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JAILSON DANTAS DE BARROS

DATA DO ACIDENTE 29/06/2019 CPF DA VÍTIMA 035.778.704-86

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ADRIANA Mª MOURA DE A. FERNANDES

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA ROSEMIRO ALVES DA ROCHA

Nº 03 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO

CIDADE Stª CRUZ CAPIBARIBE UF PE CEP 55192-305

E-MAIL AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR TELEFONE (81) 99700-1998

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 DA 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE 4810389 SSP/PE

ASSINATURA Adriana Mª M. de A. Fernandes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190590853 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JAILSON DANTAS DE BARROS **Data do acidente:** 29/06/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE OMBRO DIREITO, COM PEQUENOS TRAÇOS DE FRATURAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.(P2 P4 P5)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190590853 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JAILSON DANTAS DE BARROS **Data do acidente:** 29/06/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE OMBRO DIREITO, COM PEQUENOS TRAÇOS DE FRATURAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.(P2 P4 P5)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: JAILSON DANTAS DE BARROS
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSA INFORMAR
IDENTIDADE: 5276096 SDS/PE E CPF nº 035.778.704-86 DATA DO ACITENTE-29/06/2019 COBERTURA- INVALIDEZ VÍTIMA – JAILSON DANTAS DE BARROS
ENDEREÇO: RUA JESUS TE AMA , Nº 39,– BAIRRO: SÃO DOMINGOS – BREJO DA MADRE DE DEUS - PE

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: R. INFORMAR
IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE
ENDEREÇO: RUA ROSEMIRO ALVES DA ROCHA,03, CENTRO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADIOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTIUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.**

Cartorio de São Domingos

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE), 24 DE SETEMBRO DE 2019.

Jailson Dantas de Barros

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE SÃO DOMINGOS

Titular: JOSÉ QUINTINO DE LIMA - Substitutos: JOSÉ QUINTINO DE LIMA FILHO / JEVERTON FELIX DA SILVA
Rua Luiz Cecilio de Santana, 317 - Vila de São Domingos - Brejo da Madre de Deus/PE - Fone: (81) 3731-2550

RECONHEÇO, por autenticidade a(s) firma(s) de:
JAILSON DANTAS DE BARROS
selo:0076026.LIA10201901.00115
dou fé. SAO DOMINGOS, 03/10/2019 08:45:49 - Em testemunho da verdade

José Quintino de Lima Filho

Emol R$3,99 TSNR R$0,80 Ferm R$0,04 Funseg R$0,08 Tot R$4,91 Oper. QUINTINO

Consulte Autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363302/19

Vítima: JAILSON DANTAS DE BARROS **Data do acidente:** 29/06/2019

CPF: 035.778.704-86 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** JAILSON DANTAS DE BARROS

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JAILSON DANTAS DE BARROS : 035.778.704-86

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 17/10/2019	Data do cadastramento: 17/10/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES	Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 945.234.444-04	CPF: 114.202.964-69
ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNAN	JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363302/19

Vítima: JAILSON DANTAS DE BARROS **Data do acidente:** 29/06/2019

CPF: 035.778.704-86 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** JAILSON DANTAS DE BARROS

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JAILSON DANTAS DE BARROS : 035.778.704-86

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 17/10/2019	Data do cadastramento: 17/10/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES	Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 945.234.444-04	CPF: 114.202.964-69
ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNAN	JULIANA BEZERRA DE LUNA