

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

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318921

Vítima: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

Data do Acidente: 07/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO SOCORRO ALMEIDA DE MACEDO DASAEV COSTA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

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

Autorização de pagamento não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Boletim de ocorrência ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190318921

Vítima: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

Data do Acidente: 07/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO SOCORRO ALMEIDA DE MACEDO DASAEV COSTA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318921

Vítima: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

Data do Acidente: 07/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO SOCORRO ALMEIDA DE MACEDO DASAEV COSTA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

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

Autorização de pagamento não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Comprovante de residência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração do Proprietário do Veículo incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318921

Vítima: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

Data do Acidente: 07/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO SOCORRO ALMEIDA DE MACEDO DASAEV COSTA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovante de residência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318921

Vítima: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

Data do Acidente: 07/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO SOCORRO ALMEIDA DE MACEDO DASAEV COSTA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

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

Autorização de pagamento não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

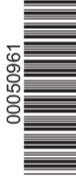
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190318921

Vítima: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

Data do Acidente: 07/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO SOCORRO ALMEIDA DE MACEDO DASAEV COSTA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 31 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190318921

Vítima: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

Data do Acidente: 07/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO SOCORRO ALMEIDA DE MACEDO DASAEV COSTA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

453.903.904-4 Rhavanara Nalesca Olmeida da Silva

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

Nome completo:

Edson Almeida da Silva

CPF:

062.548.694-71

Profissão:

motorista

Endereço:

Rua Guimarães

Número:

110

Complemento:

Bairro:

Rincho Novo

Cidade:

Recife

Estado:

PE

CEP:

55500-000

E-mail:

Tel.(DDD):

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

REUSSO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Sim Não Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Local e Data: Rio de Janeiro, 10-05-19
Nome: _____
CPF: _____

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: COMPREF
CPF: COMPREF VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

11 MAI 2019

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

453.903.904-4 Rhassanna Vallesca Almeida da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

Nome completo:

Endereço:

CPF:

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

motorista

Bairro:

CEP:

Bairro:

Cidade:

Tel. (DDD):

Bairro:

Estado:

Bairro:

Cidade:



AUTO-ATENDIMENTO - PAE FÓRUM RECIFE II
DATA: 19/06/2019 HORA: 09:28:31
TERMINAL: 27175008 CONTROLE: 271750080061

AGENCIA: 1580 - PRAIA DA PIEDADE
CONTA: 013.00126291-1
CLIENTE: EDSON ALMEIDA DA SILVA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
ULTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA-LÍMITE
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
DATA VALOR
10/06 0,80

MOVIMENTAÇÃO	DATA	NR. DOC	HISTÓRICO	VALOR
			SALDO ANTERIOR	2.90C
			Maior	
18/05	000000		REM BASICA	0.00C
25/05	000000		REM BASICA	0.00C
27/05	190514		SAQUE TERMINAL	2.100

Junho 0.00C
10/06 000000 REM BASICA
RESUMO EM 18/06 0.80C

RESUMO DO DIA 0,80C
SALDO DISPONIVEL 0,00
SALDO BLOQUEADO 0,80C
SALDO TOTAL

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Dúvidora da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE

COMPRE ENTRADA S/A

COMPRE EN LA SIA

19 JUN 2019

PROTOCOLO ACÔNTHA SÉRIE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE	
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA		6 - CPF: 713-903-904-62	
7 - Profissão: NÃO INFORMA	8 - Endereço: ET DA USINA	9 - Número: 328	10 - Complemento:
11 - Bairro: MURIBEQUINHA	12 - Cidade: JABOTÃO DOS GUARARAPES	13 - Estado: PE	14 - CEP: 54360-465
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD):	

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: EDSON ALMEIDA DA SILVA	18 - CPF do Representante Legal: 062-578-694-71	19 - Profissão do Representante Legal: NÃO INFORMA
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (343) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caba Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 1580	CONTA: 00126291	1
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	1
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de 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 Lider 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

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo
24 - Pessoas que devem receber a indenização:	25 - Grau de Parentesco com a vítima:				
26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro/vainescer? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avôs vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

34

Impressão digital 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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: RECIFE 02/07/2019

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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: 713-903-904-62 4 - Nome completo da vítima: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 446/2012

5 - Nome completo: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA 6 - CPF: 713-903-904-62

7 - Profissão: NÃO INFORMA 8 - Endereço: ET DA USINA 9 - Número: 328 10 - Complemento:

11 - Bairro: MURIBEQUINHA 12 - Cidade: JABOTÃO DOS GUARARAPES 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54360-865

15 - E-mail: 16 - Telefone (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: EDSON ALMEIDA DA SILVA

18 - CPF do Representante Legal: 062-578-694-71 19 - Profissão do Representante Legal: NÃO INFORMA

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:

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

Bradesco (257) Itaú (342)

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

AGÊNCIA: 1580 CONTA: 00126291 1 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 IMI DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

23 - Declaração de ausência de IMI (Indenização por Morte e Invalididade):

Não há IMI que atenda a regiões do acidente ou da minha residência; ou

O IMI que atende a regiões do acidente ou da minha residência não realize perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IMI que atende a regiões do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (noventa) dias da ocorrência.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com a apresentação da documentação necessária para a verificação da existência e quantificação das perdas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 36, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância para 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

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(s): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome: **SENCE REGIDE**

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: RECIFE 02/07/2019

Rhavana Almeida da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA

AUTO-ATENDIMENTO - PAE FÓRUM RECIFE II
DATA: 19/06/2019 HORA: 09:28:31
TERMINAL: 27175008 CONTROLE: 271750080061

AGÊNCIA: 1580 - PRAIA DA PIEDADE
CONTA: 013.00126291-1
CLIENTE: EDSON ALMEIDA DA SILVA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
ULTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LÍMITE
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
10/06	0,80

MOVIMENTAÇÃO	DATA	NR. DOC	HISTÓRICO	VALOR
SALDO ANTERIOR				2,90C
	10/06			0,80
	18/05	000000	REM BASICA	0,00C
	25/05	000000	REM BASICA	0,00C
	27/05	190514	SAC/TERMINAL	2,100

Junho

DATA	NR. DOC	HISTÓRICO	VALOR
10/06	000000	REM BASICA	0,00C

RESUMO EM 18/05

SALDO	VALOR
	0,80C

RESUMO DO DIA	VALOR
SALDO DISPONÍVEL	0,80C
SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO TOTAL	0,80C

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-725 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° de Acidente ASU: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
713.903.904-62 RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (MÍNIMA/DESCRIÇÃO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 80/2012

5 - Nome completo: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA
6 - CPF: 713.903.904-62
7 - Profissão: NÃO INFORMADA 8 - Endereço: ESTRADA DA USBA
9 - Município: 328 10 - Comunidade:
11 - Bairro: MURIBUCUNHA 12 - Cidade: JABOTATÓ DO GUARARAPES 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54380-465
15 - DDD: 31 16 - Telefone: (81)98884-7576

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

17 - Nome completo do Representante Legal: EDSON ALMEIDA DA SILVA
18 - CPF do Representante Legal: 162.257.064-71
19 - Profissão do Representante Legal: NÃO INFORMADA

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CARTA:

RECURSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1,050,00 R\$2.301,00 ATÉ R\$3.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$3.000,00

21 - TIPO DE BANCARIA: BENEFICIÁRIO DA INSCRIÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INSCRIÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)

CONTA POUÇANÇA (sistema para os bancos atuam juntas em uma só conta)
 Bradesco (23) Itaú (642)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (sistema de bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1580

CONTA: 013.00126291

(Inserir o dígito de verif.)

(Inserir o dígito de verif.)

ASINCIAS: CONTA: CONTA:

(Inserir o dígito de verif.)

(Inserir o dígito de verif.)

Autorizo à Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo o quanto devido já e sorridente após a efetivação do crédito, afixação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que o IMI (Instituto de Medicina Legal) não realizou exame de invalidade permanente, ou que o resultado do exame é de não invalidade permanente, ou que o resultado é de uma das opções:

- Não há IMI, ou é atende a região do acidente ou da minha residência, ou
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pela forma estabelecida, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido: de invalidização do Seguro DPVAT, pra invalidez permanente, com base na descrição apresentada, considerando, desde já, a mesma submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões correspondentes descrevendo as condições de saúde de trânsito, conforme Lei 194/74, art. 3º, §5º, declarando que essa autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou residência no dia de contestá-la, caso discordar de seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: Cível da vítima Solteiro Casado com Separado Viúvo Divorciado Nao é casado

24 - Círculo de Parentesco com a vítima: 25 - Vítima deixou comandante(s): Sim Não 26 - Se a vítima deixou comandante, informar o nome completo:

27 - Vítima Sim Não 28 - Se faleceu filhos, informar vivos: Falecidos: 29 - Se faleceu pais, informar vivos: Falecidos: 30 - Se faleceu irmãos, informar vivos: Falecidos: 31 - Vítima Sim Não 32 - Se faleceu irmãos, informar vivos: Falecidos: 33 - Vítima Sim Não 34 - Vítima deixou Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso divida, a indenização do Seguro DPVAT por morte bens-férfios que se aposentarem e proprietários dessa condição, estendendo a mesma, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a cobrança de ressarcir o valor recebido, além de responsabilidade criminal por infração ao artigo 290 do Código Penal.

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido
37 - Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e data: 30/07/2014 - Rio Claro - PE
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

COMPREV
COMPREV VILA E PREVIDÊNCIA S/A

11 MAI 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

1 de 2

09/10/2018 16:08

Boletim de Ocorrência

[file:///C:/MTser/3DS/infopol/xml/BC_EProtView.html](http://IC.MTser/3DS/infopol/xml/BC_EProtView.html)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO
AGOSTINHO - DP40ªCIRC DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0130006378

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 09/10/2018 às
16:46

Completa o BC Número: 18E0130006377

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpado (Consumado)
que aconteceu no dia 7/9/2018 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **Bairro de Charneca (Bairro), 1 - Bairro:
CHARNECA - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO 1 (AUTOR/AGENTE);
MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA (NOTICIANTE);
DESCONHECIDO 2 (OUTRO);
RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a);
DESCONHECIDO 1
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a);
DESCONHECIDO 1

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

DESCONHECIDO 1 (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL

RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA** Pai: **EDSON ALMEIDA DA SILVA** Data de Nascimento: 8/9/1981 Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10409136/SDS/PE (RG) 71396398462 (CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ESCADA, 110, RUA GUANABARA - CEP: 6** - Bairro: **RIACHO DO NAVIO - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO 2 (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL

MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **MARIA DOS PRAZERES DE LIMA** Pai: **DOMINGOS SOARES DA SILVA** Data de Nascimento: 19/2/1981 Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: **COMPREV**

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA SIA

11 MAI 2019

09/10/2018 16:44

1 de 2

Protocolo de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/infopal/xml/BOLEPreview.html

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

6710378/SDS/PE (RG) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Telefones Celulares: **- 85306241**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE RECIFE, 91, RUA PRAIA CANOA QUEBRADA VILA DOS PALMARES MURIBECA - CEP: 52098-000 - Bairro: CENTRO - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO 1**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO 1**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

CAMIONETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO 2**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO 1**
Categoria/Marca/Modelo: **CAMIONETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJE1211 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

INFORMA A MÃE DA VÍTIMA QUE A SUA FILHA ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA JUNTAMENTE COM O SEU MARIDO QUANDO UMA CAMIONETA COM O CONDUTOR COM SINAIS DE EMBREAGUEZ SEGUNDO A NARRATIVA DA MÃE DA VÍTIMA COLIDIU NA Perna DA VÍTIMA QUE ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA E O CONDUTOR ACUSADO EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO A VÍTIMA QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA.

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

RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

(VITIMA)

MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA
(NOTICIANTE)

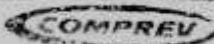
Maria do Carmo Lima

B.O. registrado por: WASHINGTON BATISTA LIMA (Matrícula: 328618-8)

W. Lima

20182

09/10/2018 16:44


COMPREV
COMPRESA - REFERÊNCIA SIA

11 MAI 2019

PROTÓCOLO
REFERÊNCIA RECIFE



1 de 2

09/10/2018 16:08

Boletim de Ocorrência

[file:///C:/MTser/3DS/infopol/xml/BC_EProtView.html](http://IC.MTser/3DS/infopol/xml/BC_EProtView.html)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO
AGOSTINHO - DP40ªCIRC DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0130006378

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 09/10/2018 às
16:46

Completa o BC Número: 18E0130006377

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpado (Consumado)
que aconteceu no dia 7/9/2018 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **Bairro de Charneca (Bairro), 1 - Bairro:
CHARNECA - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO 1 (AUTOR/AGENTE)
MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA (NOTIFICANTE)
DESCONHECIDO 2 (OUTRO)
RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a)
DESCONHECIDO 1
VEÍCULO: **VEÍCULO**

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

DESCONHECIDO 1 (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL

RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA** Pai: **EDSON ALMEIDA DA SILVA** Data de Nascimento: 8/9/1981 Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10409136/SDS/PE (RG) 71396398462 (CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ESCADA, 110, RUA GUANABARA - CEP: 6** - Bairro: **RIACHO DO NAVIO - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO 2 (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL

MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **MARIA DOS PRAZERES DE LIMA** Pai: **DOMINGOS SOARES DA SILVA** Data de Nascimento: 19/2/1981 Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: **COMPREV**

COMPREV VIDA E RESIDÊNCIA SIA

11 MAI 2019

09/10/2018 16:44

1 de 2

Protocolo de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/infopal/xml/BOLEPreview.html

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

6710378/SDS/PE (RG) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Telefones Celulares: **- 85306241**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE RECIFE, 91, RUA PRAIA CANOA QUEBRADA VILA DOS PALMARES MURIBECA - CEP: 52098-000 - Bairro: CENTRO - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO 1**, que estava em posse do(a) Sra: **DESCONHECIDO 1**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

CAMIONETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO 2**, que estava em posse do(a) Sra: **DESCONHECIDO 1**
Categoria/Marca/Modelo: **CAMIONETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJE1211 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

INFORMA A MÃE DA VÍTIMA QUE A SUA FILHA ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA JUNTAMENTE COM O SEU MARIDO QUANDO UMA CAMIONETA COM O CONDUTOR COM SINAIS DE EMBREAGUEZ SEGUNDO A NARRATIVA DA MÃE DA VÍTIMA COLIDIU NA Perna DA VÍTIMA QUE ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA E O CONDUTOR ACUSADO EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO A VÍTIMA QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA.

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

RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

(VITIMAS)

MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA
(NOTICIANTE)

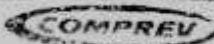
Maria do Carmo Lima

B.O. registrado por: WASHINGTON BATISTA LIMA (Matrícula: 328618-8)

W. Lima

20182

09/10/2018 16:44


COMPREV
COMPRESA - REFERÊNCIA SIA

11 MAI 2019

PROTÓCOLO
REFERÊNCIA RECIFE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040^a CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO - DP40^aCIRC
 DIM/10^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0130004050

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/06/2019** às **15:10**

Complementa o BO Número: **18E0130006378**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **7/9/2018** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CHARNECA (BAIRRO), 1 - Bairro: CHARNECA - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO 1 (AUTOR / AGENTE)
 MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA (NOTICIANTE)
 DESCONHECIDO 2 (OUTRO)
 ADRIANO BATISTA DOS SANTOS (OUTRO)
 RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO 1
 VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO 1

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

DESCONHECIDO 1 (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA** Pai: **EDSON ALMEIDA DA SILVA** Data de Nascimento: **9/9/2001** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10409186/SDS/PE (RG) 71390390462 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
 Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ESCADA, 110, RUA GUANABARA - CEP: 0 - Bairro: PIAÇA DO NAVIO - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO 2 (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DOS PRAZERES DE LIMA** Pai: **DOMINGOS SOARES DA SILVA** Data de Nascimento: **16/2/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6710878/SDS/PE (RG) 8710878/SDS/PE (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Telefones Celulares: **- 85806841**



Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE RECIFE, 1, RUA PRAIA CANA QUEBRADA VILA DOS PALMARES MURIBECA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

ADRIANO BATISTA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): ADRIANO BATISTA DOS SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO 1

Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PG08874 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

CAMIONETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO 2, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO 1

Categoria/Marca/Modelo: CAMIONETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KJE1211 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

INFORMA A MÃE DA VÍTIMA QUE A SUA FILHA ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA JUNTAMENTE COM O SEU MARIDO QUANDO UMA CAMIONETA COM O CONDUTOR COM SINAIS DE EMBREAGUEZ SEGUNDO A NARRATIVA DA MÃE DA VÍTIMA COLIDU NA Perna DA VÍTIMA QUE ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA E O CONDUTOR ACUSADO EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO A VÍTIMA QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA.

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

Rhavana Valesca Almeida da Silva
RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA
(VÍTIMA)

MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: MARIA DAS DORES NEVES FURTADO - Matrícula: 220.970-5

COMPREF
COMPREF IDA - INDEPENDÊNCIA S/A

19 JUN 2019

PROTÓCOLO
RECIFE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

453.903.904-4 Rhavanara Nalesca Almeida da Silva

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

Nome completo:

Edson Almeida da Silva

CPF:

062.548.694-71

Profissão:

motoboy

Endereço:

Rua Guimarães

Número:

110

Bairro:

Ribeiro Nogueira

Cidade:

Recife

Estado:

PE

CEP:

55500-000

E-mail:

Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

REUSSO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Sim Não Vítima deixou Sim Não
Vivos: Falecidos: nasciu (vai nascer)?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Local e Data: Recife, 10-05-19
Nome: _____
CPF: _____

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Edson Almeida da Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: COMPREF
CPF: COMPREF VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

11 MAI 2019

2º | Nome: _____
CPF: _____

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho
Secretaria Municipal de Saúde



DECLARAÇÃO

Consta em nº de ocorrência **S523762** que o SAMU Cabo de Santo Agostinho foi solicitado para prestar atendimento a menor **Rhavana Valesca Almeida da Silva**, portadora da cédula de Identidade nº **10.409.186 SDS PE** e CPF: **713.903.904 - 62**; no dia 07 setembro de 2018, às 19h37, na Rua dos Funcionários s/n Pirapama, Cabo Centro, Cabo de Santo Agostinho, vítima de colisão de caminhão com motocicleta.

A mesma foi atendida no local e posteriormente removida para o Hospital Dom Helder Câmara.

Cabo de Santo Agostinho, 15 de outubro de 2018.

Atenciosamente,



Fábio Marinho
Coord. Geral
SAMU 192 Cabo
Mat. 43.080



Endereço: Av. Josefa Ana Conceição Itapuama – Cabo de Santo Agostinho
Fone: 3524 – 6099 E-MAILS: samucabo192@yahoo.com.br



DADOS DO CLIENTE

EDMILSON DA PENHA SILVA
MCID054P03
CPF: 773 579 844-49 NIS: 21251178029

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA/COMAS

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	VALOR
063409727	APRESENTAÇÃO	04/05/2019
	UNICA	24/05/2019
	Nº DO CLIENTE	6692358

Consumo Ativo 08 30 kWh
Acréscimo Bônus AMARELA
Compensação DIC Trimestral 01/19
Compensação DMC 03/19

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.408, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50000-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 2005943-93 | www.celpe.com.br

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
ET DA USINA: 328 AP-3 BL-H GD-V

MURIBEQUINHA/JABOATÃO
JABOATÃO DOS GUARARAPES PE
54380-465

DATA DE VENCIMENTO	MES/ANO
07/06/2019	05/2019
	VALOR DA FOLHA DE JUROS
	22/06/2019

7030714525 05/2019

07/06/2019 22/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

5,04

DESCRÍPCAO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30.000000	0,18531594	5,55
		0,08
		-0,36
		-0,51

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDIOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	ATUAL	DATA LEITURA	DP DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
ST0024770	CAT	28/04/2019	11.00	14/05/2019	12.00	29	1.200000	1,00	5,04

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

INSCRIÇÃO DE CONSUMO	INFORMAÇÕES DE FOLHA
MAR19	BASE DE CÁLCULO
MAR19	ICMS
ABR19	PIS
MAR19	COFINS
FEV19	
JAN19	
DEZ18	
NOV18	
OUT18	
SET18	
AGO18	
JUL18	
JUN18	
MAR18	
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh
	0,18531594
	VALOR DO IMPÔSTO
	0,06
	0,01
	Consumo Ativo 08 30 kWh

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

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



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

DADOS DO CLIENTE

EDMILSON DA PENHA SILVA
MCID054P03
CPF: 773.578.844-49 NIS: 21257178026

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

ET DA USINA 328 AP-3
BL-H QD-V
MURIBEQUINHA/JABOATÃO
54360-465 JABOATÃO DOS GUARARAPES PE

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

DATA DE VENCIMENTO

08/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

5,57

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
22/06/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
01/07/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL
067235994

CONTA CONTRATO
007030714525

Nº DO CLIENTE
2016682103
Nº DA INSTALAÇÃO
0006692358

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

5A01.2C35.909C.641C.EC80.58E4.E21E.45F5

DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18506108	5,55
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,02
TOTAL DA FATURA			5,57

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS				
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	5,57	0,17	0,00	5,57	0,79	0,04

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh 0,18506108

			kWh
JUN	19		30
MAI	19		30
ABR	19		30
MAR	19		30
FEV	19		30
JAN	19		30
DEZ	18		30
NOV	18		
OUT	18		
SET	18		
AGO	18		
JUL	18		
JUN	18		

Faturado pelo mínimo da fase
- Custo de Disponibilidade,
Artigo 98, Resolução ANEEL
414/2010.

HISTÓRICO DO CONSUMO

			kWh
JUN	19		30
MAI	19		30
ABR	19		30
MAR	19		30
FEV	19		30
JAN	19		30
DEZ	18		30
NOV	18		
OUT	18		
SET	18		
AGO	18		
JUL	18		
JUN	18		

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000983182737711	CAT	24/05/2019	12,00	22/06/2019	15,00	29	1,00000	0,00	3,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 24/07/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
abr/2019					
DIC-No de horas sem Energia	JABOTÃO	4,37	10,00	21,17	42,34
FIC-No de vezes sem Energia		1,00	7,00	15,19	30,38
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		4,37	5,00	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico			Límite DICR: 16,60		
EUSD-Valor do Encargo de Uso + R\$ 2,00					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pago, em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 06/04/02 - R\$ 11,13.
O Cliente é compensado quando há descumprimento de prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NIVEIS DE TENSÃO

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

 AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

12 JUN 2019 TALÃO DE PAGAMENTO

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

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838900000005 055700110078 030714525105 188036327334



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

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



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

DADOS DO CLIENTE

EDMILSON DA PENHA SILVA
MCID054P03
CPF: 773.578.844-49 NIS: 21257178026

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

ET DA USINA 328 AP-3
BL-H QD-V
MURIBEQUINHA/JABOATÃO
54360-465 JABOATÃO DOS GUARARAPES PE

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

DATA DE VENCIMENTO

08/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

5,57

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
22/06/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
01/07/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL
067235994

CONTA CONTRATO
007030714525

Nº DO CLIENTE
2016882103
Nº DA INSTALAÇÃO
0006692358

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

5A01.2C35.909C.641C.EC80.58E4.E21E.45F5

DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18506108	5,55
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,02
TOTAL DA FATURA			5,57

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS				
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	5,57	0,17	0,00	5,57	0,79	0,04

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh 0,18506108

			kWh
JUN	19		30
MAI	19		30
ABR	19		30
MAR	19		30
FEV	19		30
JAN	19		30
DEZ	18		30
NOV	18		
OUT	18		
SET	18		
AGO	18		
JUL	18		
JUN	18		

Faturado pelo mínimo da fase
- Custo de Disponibilidade,
Artigo 98, Resolução ANEEL
414/2010.

HISTÓRICO DO CONSUMO

			kWh
JUN	19		30
MAI	19		30
ABR	19		30
MAR	19		30
FEV	19		30
JAN	19		30
DEZ	18		30
NOV	18		
OUT	18		
SET	18		
AGO	18		
JUL	18		
JUN	18		

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000983182737711	CAT	24/05/2019	12,00	22/06/2019	15,00	29	1,00000	0,00	3,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 24/07/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
abr/2019					
DIC-No de horas sem Energia	JABOTÃO	4,37	10,00	21,17	42,34
FIC-No de vezes sem Energia		1,00	7,00	15,19	30,38
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		4,37	5,00	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico			Límite DICR: 16,60		
EUSD-Valor do Encargo de Uso + R\$ 2,00					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pago, em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 06/04/02 - R\$ 11,13.
O Cliente é compensado quando há descumprimento de prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NIVEIS DE TENSÃO

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

 AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

12 JUN 2019 TALÃO DE PAGAMENTO

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

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838900000005 055700110078 030714525105 188036327334







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **062.578.694-71**

Nome: **EDSON ALMEIDA DA SILVA**

Data de Nascimento: **11/03/1983**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **10/10/2003**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **09:29:09** do dia **11/05/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **0147.FB55.A87E.1503**



Este documento não substitui o ["Comprovante de Inscrição no CPF"](#).

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







Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 062.578.694-71

Nome: **EDSON ALMEIDA DA SILVA**

Data de Nascimento: 11/03/1983

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: 10/10/2003

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 09:29:09 do dia 11/05/2019 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 0147.FB55.A87E.1503



Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”.

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190318921 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA **Data do acidente:** 07/09/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A
SILVA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO ACETÁBULO E ILÍACO A ESQUERDA

Descrição do exame físico: ENCURTAMENTO VISIVEL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, COM MARCHA CLAUDICANTE E USO DE BENGALA.
LIMITAÇÃO MODERADA DO ARCO DE MOVIMENTO DO QUADRIL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO TOTAL DAS FRATURAS, MAS COM ALINHAMENTO ANATOMICO IRREGULAR, EVOLUINDO COM ENCURTAMENTO E MARCHA CLAUDICANTE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 15/07/2019

Conduta mantida:

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00