



Número: **0066451-09.2019.8.17.2001**

Classe: **OUTROS PROCEDIMENTOS DE JURISDIÇÃO VOLUNTÁRIA**

Órgão julgador: **Seção B da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.530,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EDSON ALMEIDA DA SILVA (AUTOR)	maria do socorro almeida de macedo dasaev costa (ADVOGADO)
COMPREV SEGURADORA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71083 908	16/11/2020 17:38	<u>2745235_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_0 1</u>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00664510920198172001

COMPREV SEGURADORA S/A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RAHAVANA VALESKA ALMEIDA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,
RECIFE, 12 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 17:38:41
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111617384108100000069695326>
Número do documento: 20111617384108100000069695326

Num. 71083908 - Pág. 1



Número: **0066451-09.2019.8.17.2001**

Classe: **OUTROS PROCEDIMENTOS DE JURISDIÇÃO VOLUNTÁRIA**

Órgão julgador: **Seção B da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.530,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EDSON ALMEIDA DA SILVA (AUTOR)	maria do socorro almeida de macedo dasaev costa (ADVOGADO)
COMPREV SEGURADORA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71083 909	16/11/2020 17:38	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



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

Pag. 01931/01932 - carta_03 - INVALIDEZ



00050966

Carta nº 14307881



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 17:38:41
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111617384119500000069695327>
Número do documento: 20111617384119500000069695327

Num. 71083909 - Pág. 1

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, contados 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

00020417



Carta nº 14308670



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

Pag. 01683/01684 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 1447804



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 17:38:41
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111617384119500000069695327>
Número do documento: 20111617384119500000069695327

Num. 71083909 - Pág. 4



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

Pag. 01921/01922 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14516017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 17:38:41
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111617384119500000069695327>
Número do documento: 20111617384119500000069695327

Num. 71083909 - Pág. 5



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.

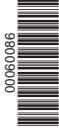
Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00171/00172 - carta_02 - INVALIDEZ



00060086

Carta nº 14546781



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 17:38:41
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111617384119500000069695327>
Número do documento: 20111617384119500000069695327

Num. 71083909 - Pág. 6



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 Rhayana Valéscia 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		
Profissão:	Endereço:	CPF:	062.578.694-71	
Imobay	Rua Guanabara	Número:	110	
Bairro:	Cidade:	Estado:	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:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00				
<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00				
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA				
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____			
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)				
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	
(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.

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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:		
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós 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.

Local e Data: Recife, 10-05-19	TESTEMUNHAS
Nome: _____	1º Nome: _____ CPF: _____ COMPREF VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
CPF: _____	2º Nome: _____ CPF: _____ 11 MAI 2019
(*) Assinatura de quem assina o RODO	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
Assinatura do Representante Legal (se houver)	
Assinatura do Procurador (se houver)	

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.

FPS.001 V001/2018





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 Rharama Vallesca Almeida da Silva

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

Nome completo:

Edson Almeida da Silva

CPF:

062.548.694-7

Profissão:

motorista

Endereço:

Rua Guanabara

Número:

110

Complemento:

Bairro:

Pinheiros

Cidade:

São Paulo

Estado:

SP

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:** RECLUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 SEM RENDA 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 (Sómente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (287) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (304)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1540

CONTA: 001262911

AGÊNCIA:

CONTA:

(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):

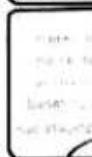
 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do 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 de lesões devidas ao acidente, permanentes decorrentes da 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.

25 MAI 2019

PROTÓCOLO**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(s): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

TESTEMUNHAS1º | Nome: **COMPREV**
CPF: **COMPREV** VIDA E BENEFICIA SIA

11 MAI 2019

2º | Nome:

CPF:

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

FPS.001 V001/2018





AUTO-ATENDIMENTO - PAE FORUM 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 LIMITE
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
DATA VALOR
10/06 0,80

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

Junho			
10/06	000000	REM BASICA	0,00C
RESUMO EM 18/06			0,80C
SALDO			

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

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

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

COMPREL
COMPREL SISTEMAS S/A
19 JUN 2019
PROTÓCOLO
LÓGICA DESEJO





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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caja Económica Federal (104)

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

Prazo para o
obrigado da
testemunha

REC. 02 JUN 2019

24 - 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 (fénase)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/vôis vivos? Sim Não

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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

38 - 1º | Nome:
CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:
CPF:

Assinatura da testemunha

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

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





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 SUSEP Nº 415/2012

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:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 25 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 cópia)
 Bradesco (257) Itaú (345)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 AGENCIA: 1580 CONTA: 00126291 1 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todas as bancos)
 Nome do BANCO: _____

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 ALIENÁNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com a apresentação da representante, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para 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 futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

02 JUN 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Filho(a) Irmão(a) Nenhum parentesco 26 - Vítima deixou compenheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou compenheiro(a), informar o nome: AGENCIA RECIFE

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Palmeiros: Sim Não 30 - Vítima deixou herdeiro(a) natural(a): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Palmeiros: 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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



CAIXA

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

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

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
ÚLTIMOS 30 DIAS

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

DATA	VALOR
10/06	0,80

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

Junho

10/06	000000	REM BASICA	0,00C
-------	--------	------------	-------

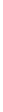
RESUMO EM 18/05

SALDO	0,80C
-------	-------

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

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Dúvidas 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 a(s) hipótese(s) de cobertura: BAMS (DIÁPIGAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

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

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FADA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SOSEP N° 005/2012			
5 - Nome exímto:	RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA	6 - CEP:	713.903.904-62
7 - Profissão: NÃO INFORMADA	8 - Endereço: ESTRADA DA USPRA	9 - Município:	10 - Complemento: 328
11 - Bairro: MURIBUGUINHA	12 - Cidade: JABOTATÓ DOS GUARARAPES	13 - Estado: PE	14 - CEP: 54380-465
15 - Bairro:		16 - Telefone:	(81) 28884-7576

DADOS CADASTRAIS

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

18 - CPF do Representante Legal: 186257894-71.

Declaro, para todos os fins de direito, rendir os esclarecimentos informados, conforme comprovante anexo (ANEKAR CÓMIA).

19 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> NÃO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.060,00	<input type="checkbox"/> R\$2.301,00 ATÉ R\$3.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$3.000,00

20 - CONTA BANCÁRIA: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/INTITUT)

CONTA POUBANÇA (sócoro para os bancos abaixo, ressalva uma opção)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (103)

AGÊNCIA: 1580 CONTA: 013.89126291 (Informar o digito da conta) (Informar o digito da conta) (Informar o digito da conta)

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

Declaro, só as genitais da lei, que o acidente que resultou na morte da minha filha, não resultou em lesões que possam levar ao meu requerimento de indenização de invalidez permanente, que visa a manutenção da minha vida.

Não há IMI que 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.

Pelo motivo acima citado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido: de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, classe 1A, que me submette à avaliação médica da cútua da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões acima citadas descrevendo o acidente de trânsito, conforme Lei 10.846/79, art. 39, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura assistência médica ou residência no distrito de competência, caso discordo do seu conselho.

DECLARAÇÃO DE LÍNEAS DE BENEFÍCIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

22 - Estado: RJ MG SP PR SC RS GO MT MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO PA AP AC RO RR AM PI MT GO PR SC RS MS PI CE PB PE BA SE AL RN PI MA TO <input



1 de 2

09/10/2018 16:08

Boletim de Ocorrência

http://IC.JU.scr/3D3/infopol/xmLBO_EPreview.html



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO
AGOSTINHO - DP40ª CIRC DIM/10ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18E0130006378

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

Complementa o BO Número: 18E0130006377

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)
RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 17:38:41
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111617384119500000069695327>

Número do documento: 20111617384119500000069695327

Num. 71083909 - Pág. 16

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: 8/9/2001 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10408126/SDS/PE (RG), 71396299492 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ESCADA, 119, 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: 10/2/1981 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:

COMPREV

COMPREV VIU/F - REVISIÃO SIA

1 de 2

11 MAI 2019

09/10/2018 16:41

Boletim de Ocorrência

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

file:///C:/Users/SDS/infopad/xml/BOLEPREVIEW.html

6710878/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Telefones Celulares: 85206341

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE RECIFE, 91, RUA PRAIA CANOA QUEBRADA VILA DOS PALMARES MURIBEGA - CEP: 56000-000 - 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 Categórico/Marcas/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 Categórico/Marcas/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 PERNADA 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

(VITIMAS)

MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA
(NOTICIANTE)

Maria do Carmo Lima

B.O. registrado por: WASHINGTON BATISTA LIMA / Matrícula: 228018-8

W. Lima

09/10/2018 16:44



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 17:38:41
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111617384119500000069695327>
Número do documento: 20111617384119500000069695327

Num. 71083909 - Pág. 18



1 de 2

09/10/2018 16:08

Boletim de Ocorrência

<http://IC.JU.scr/3D3/infopol/xmLBCEDPreview.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 N.º 18E0130006378

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

Complementa o BO Número: 18E0130006377

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 UMA 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(s) Sr(s):
DESCONHECIDO 1
VEÍCULO: **VEÍCULO**



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 17:38:41
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111617384119500000069695327>
Número do documento: 20111617384119500000069695327

Num. 71083909 - Pág. 19

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: 8/9/2001 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10408126/SDS/PE (RG), 71396299492 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ESCADA, 119, 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: 10/2/1981 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:

COMPREV

COMPREV VIU/F - REVISIÃO SIA

1 de 2

11 MAI 2019

09/10/2018 16:41

Boletim de Ocorrência

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

file:///C:/Users/SDS/infopad/xml/BOLEPREVIEW.html

6710878/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Telefones Celulares: 85206341

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE RECIFE, 91, RUA PRAIA CANOA QUEBRADA VILA DOS PALMARES MURIBEGA - CEP: 56000-000 - 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 Categórico/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 Categórico/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 PERNAS 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

(VITIMAS)

MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA
(NOTICIANTE)

Maria do Carmo Lima

B.O. registrado por: WASHINGTON BATISTA LIMA / Matrícula: 228018-8

W. Lima

09/10/2018 16:44



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 17:38:41
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111617384119500000069695327>
Número do documento: 20111617384119500000069695327

Num. 71083909 - Pág. 21



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^º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0130004050

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/05/2010 às 17:00

Complemento a BO Número: 185013000000

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

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

Person(s) involved in the nomination:

DECONHECIDO 1 (AUTOR / AGENTE)
MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA (NOTICIANTE)
DECONHECIDO 2 (OUTRO)
ADRIANO BATISTA DOS SANTOS (OUTRO)
RHAVANA VAN ESCA ALMEIDA DA SILVA (OUTRO)

Objeto(s) e/ou video(s) na comunicação:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO 1
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a): DESCONHECIDO 2

Qualificação da(s) pessoa(s) em atividade(s)

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

RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DO GARMO 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: REACHO DO NAVIO - RECADAR/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO 2 (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERMANECEU NO HOSPITAL

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

See also ["The 100 Best Books of All Time"](#)



10/06/2019

Boletim de Ocorrência

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: PG08674 (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 SEN PRESTAR SOCORRO A VÍTIMA QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL BOM 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





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 Rhayana Valéscia 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		
Profissão:	Endereço:	CPF:	Complemento:	062.578.694-71
Imobay	Rua Guanabara	Número:	110	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	PE 55500-000
E-mail:		Tel. (DDD):		

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:
 RECLUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 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: _____
 AGENCIA: _____ CONTA: _____
 (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.

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? 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 da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1º Nome: COMPREF CPF: COMPREF VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
2º Nome: 11 MAI 2019 CPF: Assinatura

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 RODO, 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.

FPS.001 V001/2018





Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho
Secretaria Municipal de Saúde



DECLARAÇÃO

Consta em nº de ocorrência **5523762** 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
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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 17:38:41
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111617384119500000069695327>
Número do documento: 20111617384119500000069695327

Num. 71083909 - Pág. 25



PARÔS DO CLIENTE

EDMILSON DA PENHA SILVA
MC10054P03

CPF: 773 578 044-89112

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA CDM 115

BAIRENDACTA
063409727 UNICA 24/05/2019
APRENDIZADO 201662103 6682358
31/05/2019 DESCRICAO

Consumo Ativo ate 30 kWh
Acréscimo Bandeira AMARELA
Compensação DIC Trimestral 01/19
Compensação DIC 03/19

00082358

6882358	DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
		30.000.000	0,18531504	5.559.451,20
				0,08
				0,36
				-0,51

— 54 —

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE								
NR DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	NR DE DAS	CONSTANTE	ADM-F
00000000000000000000000000000000	CAT	28-04-2014	11,00	14-05-2014	12,00	29	1,0000	1,00

www.3g.com.tw

HISTÓRICO DE CARGA		CARGA DE		VALORES DO	
MES/ANO	VALOR	ICMS	VALOR DE	VALOR DO	VALOR DO
		PIB	CALCULO	IMPOSTO	IMPORTE
MAR/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					
ABR/18					
MAR/18					
FEV/18					
JAN/18					
DEZ/17					
NOV/17					
OUT/17					
SET/17					
AGO/17					
JUL/17					
ABR/17					
MAR/17					
FEV/17					
JAN/17					
DEZ/16					
NOV/16					
OUT/16					
SET/16					
AGO/16					
JUL/16					
ABR/16					
MAR/16					
FEV/16					
JAN/16					
DEZ/15					
NOV/15					
OUT/15					
SET/15					
AGO/15					
JUL/15					
ABR/15					
MAR/15					
FEV/15					
JAN/15					
DEZ/14					
NOV/14					
OUT/14					
SET/14					
AGO/14					
JUL/14					
ABR/14					
MAR/14					
FEV/14					
JAN/14					
DEZ/13					
NOV/13					
OUT/13					
SET/13					
AGO/13					
JUL/13					
ABR/13					
MAR/13					
FEV/13					
JAN/13					
DEZ/12					
NOV/12					
OUT/12					
SET/12					
AGO/12					
JUL/12					
ABR/12					
MAR/12					
FEV/12					
JAN/12					
DEZ/11					
NOV/11					
OUT/11					
SET/11					
AGO/11					
JUL/11					
ABR/11					
MAR/11					
FEV/11					
JAN/11					
DEZ/10					
NOV/10					
OUT/10					
SET/10					
AGO/10					
JUL/10					
ABR/10					
MAR/10					
FEV/10					
JAN/10					
DEZ/09					
NOV/09					
OUT/09					
SET/09					
AGO/09					
JUL/09					
ABR/09					
MAR/09					
FEV/09					
JAN/09					
DEZ/08					
NOV/08					
OUT/08					
SET/08					
AGO/08					
JUL/08					
ABR/08					
MAR/08					
FEV/08					
JAN/08					
DEZ/07					
NOV/07					
OUT/07					
SET/07					
AGO/07					
JUL/07					
ABR/07					
MAR/07					
FEV/07					
JAN/07					
DEZ/06					
NOV/06					
OUT/06					
SET/06					
AGO/06					
JUL/06					
ABR/06					
MAR/06					
FEV/06					
JAN/06					
DEZ/05					
NOV/05					
OUT/05					
SET/05					
AGO/05					
JUL/05					
ABR/05					
MAR/05					
FEV/05					
JAN/05					
DEZ/04					
NOV/04					
OUT/04					
SET/04					
AGO/04					
JUL/04					
ABR/04					
MAR/04					
FEV/04					
JAN/04					
DEZ/03					
NOV/03					
OUT/03					
SET/03					
AGO/03					
JUL/03					
ABR/03					
MAR/03					
FEV/03					
JAN/03					
DEZ/02					
NOV/02					
OUT/02					
SET/02					
AGO/02					
JUL/02					
ABR/02					
MAR/02					
FEV/02					
JAN/02					
DEZ/01					
NOV/01					
OUT/01					
SET/01					
AGO/01					
JUL/01					
ABR/01					
MAR/01					
FEV/01					
JAN/01					
DEZ/00					
NOV/00					
OUT/00					
SET/00					
AGO/00					
JUL/00					
ABR/00					
MAR/00					
FEV/00					
JAN/00					
DEZ/99					
NOV/99					
OUT/99					
SET/99					
AGO/99					
JUL/99					
ABR/99					
MAR/99					
FEV/99					
JAN/99					
DEZ/98					
NOV/98					
OUT/98					
SET/98					
AGO/98					
JUL/98					
ABR/98					
MAR/98					
FEV/98					
JAN/98					
DEZ/97					
NOV/97					
OUT/97					
SET/97					
AGO/97					
JUL/97					
ABR/97					
MAR/97					
FEV/97					
JAN/97					
DEZ/96					
NOV/96					
OUT/96					
SET/96					
AGO/96					
JUL/96					
ABR/96					
MAR/96					
FEV/96					
JAN/96					
DEZ/95					
NOV/95					
OUT/95					
SET/95					
AGO/95					
JUL/95					
ABR/95					
MAR/95					
FEV/95					
JAN/95					
DEZ/94					
NOV/94					
OUT/94					
SET/94					
AGO/94					
JUL/94					
ABR/94					
MAR/94					
FEV/94					
JAN/94					
DEZ/93					
NOV/93					
OUT/93					
SET/93					
AGO/93					
JUL/93					
ABR/93					
MAR/93					
FEV/93					
JAN/93					
DEZ/92					
NOV/92					
OUT/92					
SET/92					
AGO/92					
JUL/92					
ABR/92					
MAR/92					
FEV/92					
JAN/92					
DEZ/91					
NOV/91					
OUT/91					
SET/91					
AGO/91					
JUL/91					
ABR/91					
MAR/91					
FEV/91					
JAN/91					
DEZ/90					
NOV/90					
OUT/90					
SET/90					
AGO/90					
JUL/90					
ABR/90					
MAR/90					
FEV/90					
JAN/90					
DEZ/89					
NOV/89					
OUT/89					
SET/89					
AGO/89					
JUL/89					
ABR/89					
MAR/89					
FEV/89					
JAN/89					
DEZ/88					
NOV/88					
OUT/88					
SET/88					
AGO/88					
JUL/88					
ABR/88					
MAR/88					
FEV/88					
JAN/88					
DEZ/87					
NOV/87					
OUT/87					
SET/87					
AGO/87					
JUL/87					
ABR/87					
MAR/87					
FEV/87					
JAN/87					
DEZ/86					
NOV/86					
OUT/86					
SET/86					
AGO/86					
JUL/86					
ABR/86					
MAR/86					
FEV/86					
JAN/86					
DEZ/85					
NOV/85					
OUT/85					
SET/85					
AGO/85					
JUL/85					
ABR/85					
MAR/85					
FEV/85					
JAN/85					
DEZ/84					
NOV/84					
OUT/84					
SET/84					
AGO/84					
JUL/84					
ABR/84					
MAR/84					
FEV/84					
JAN/84</					

NOTAS IMPORTANTES

PROTOCOLO
SOCIALIZACIÓN

ESPECIFICAÇÃO & FREQUÊNCIA, SAI P/ INTERRUPTOR					MÍNIMO DE TENSÃO		
CONSUMO JADET/100	VALOR APROX.	LIMITE MÍNIMO	LIMITE TRANSMIT.	LIMITE MÁXIMO	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
000	13,24	8,31	10,00	21,26	230	20	231
010	8,06	3,30	4,20	9,00			
00C	12,17	3,03	4,00	5,00			



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JÓAO 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

ENDERECO 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

006692358

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

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

DESCRIÇÃO 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	0,00	5,57	0,17	0,00	5,57	0,79	0,04

Tarifas Aplicadas:

Consumo Ativo até 30 kWh 0,18506108

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 MEDIOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
00000003182737711	CAT	24/06/2019	12,00	22/06/2019	15,00	29	1,80000 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	JABOATÃO	4,37	10,00	21,17	42,34
FIC-No de vezes sem Energia		1,00	7,00	15,19	30,39
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		4,37	5,00	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico				Limite DICRI: 16,60	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 2,86					
Todo Consumidor pode solicitar a separação dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI 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.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prx. 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 do prazo definido para os padrões de atendimento comercial

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

COMPREV AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007030714525	06/2019	5,57	08/07/2019	02 JUN 2019

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.

Este canhoto será usado em leitora ótica.

838900000005 055700110078 030714525105 188036327334

AGÊNCIA RECIFE AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

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



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

ENDERECO 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
2016682103Nº DA INSTALAÇÃO
006692358

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

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

DESCRIÇÃO 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	0,00	5,57	0,17	0,00	5,57	0,79	0,04

Tarifas Aplicadas:

Consumo Ativo até 30 kWh 0,18506108

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 MEDIADOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
000000003182737711	CAT	24/06/2019	12,00	22/06/2019	15,00	29	1,80000 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	JABOATÃO	4,37	10,00	21,17	42,34
FIC-No de vezes sem Energia		1,00	7,00	15,19	30,39
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		4,37	5,00	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico				Limite DICRI: 16,60	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 2,86					
Todo Consumidor pode solicitar a expuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI 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.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prx. 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 26/04/02 - R\$ 11,13.

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial

NÍVEIS DE TENSÃO

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

COMPREV AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007030714525	06/2019	5,57	08/07/2019	02 JUN 2019

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

838900000005 055700110078 030714525105 188036327334

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA







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.)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 17:38:41
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111617384119500000069695327>
Número do documento: 20111617384119500000069695327

Num. 71083909 - Pág. 33



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 17:38:41
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011161738411950000069695327>
Número do documento: 2011161738411950000069695327

Num. 71083909 - Pág. 34



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.)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 17:38:41
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111617384119500000069695327>
Número do documento: 20111617384119500000069695327

Num. 71083909 - Pág. 35

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

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO TOTAL DAS FRATURAS, MAS COM ALINHAMENTO ANATÔMICO 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

