



Número: **0023223-47.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 26ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67396522	02/09/2020 15:52	ANEXO 1	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, 10 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200064326

Vítima: MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 01/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DAS DORES BARBOSA 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

Carta nº 15490642





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, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200064326 **Vítima:** MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 01/07/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01769/01770 - carta_02 - INVALIDEZ

00050885



Carta nº 15507683





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, 29 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200064326

Vítima: MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 01/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **001**

Agência: **000001153-3**

Conta: **000010016969-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 869.864.574.72 3 - CPF da vítima: 869.864.574.72 4 - Nome completo da vítima: M^{te} das Dores Barbosa 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: M^{te} das Dores Barbosa da Silva 6 - CPF: 869.864.574.72
7 - Profissão: R^{ta} 8 - Endereço: Basilio de Queiroz 9 - Número: 1 10 - Complemento: caso
11 - Bairro: Caravata do IBIA 12 - Cidade: TAQUARITINGA DO MONTE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.790.000
15 - E-mail: 8191613901

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECEISO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Se entre para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1153 3 CONTA: 16969 2 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, ou parcela total, o valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo sinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autenticação não significa prévio reconhecimento com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, a caso, discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quem apresentar a documentação necessária, 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 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: 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 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, St^a Cruz do Cap. Re 01-08-19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): M^{te} das Dores B. da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

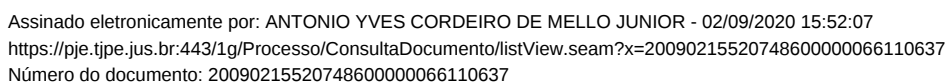
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

12/2019



105123

At. and Bonds, 100 - 100
Rec'd - 70



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

869.864.57472 / M^{te} das Dores Barbosa 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: M^{te} das Dores Barbosa da Silva 6 - CPF: 869.864.57472
7 - Profissão: Costureira 8 - Endereço: Basilio de Queiroz 9 - Número: 1 10 - Complemento: caso
11 - Bairro: Cravata do IBIA 12 - Cidade: TAQUARITINGA DO MONTE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55790-000
15 - E-mail: 8191613901

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECEISO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPOANÇA (Se entre para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 11533 CONTA: 16969 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, ou ação total ou valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo sinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autenticação não significa prévio reconhecimento com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, a caso, discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte, desde que os 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 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: 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 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____ 39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____

40 - Local e Data, St. Cruz do Cap. PE 01-08-19

X Maria das Dores B. da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

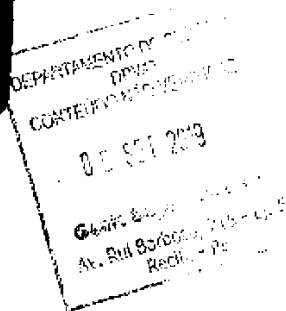
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

12/2019

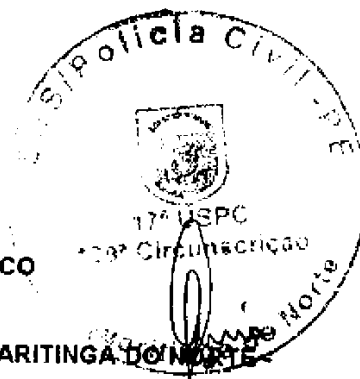


4153-3
16.969-2
Rupungu





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE
DP130ªCIRC DINTER1/17ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0220000415**

546323

0310420/19

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/07/2019** às **18:18**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **1/7/2019** às **14:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 01, SÍTIO AÇUDINHO -**
Bairro: **CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JEOVANIA BEZERRA DO NASCIMENTO (OUTRO)
MARIA DAS DORÊS BARBOSA DA SILVA (VÍTIMA)
ALESSANDRO LUIS DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ALESSANDRO LUIS DA SILVA**

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

ALESSANDRO LUIS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA
Data de Nascimento: **1/12/1996** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MARIA DAS DORÊS BARBOSA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino/Mãe: MARIA VICENTE FERREIRA
Pai: **SEVERINO BARBOSA DA SILVA** Data de Nascimento: **1/6/1975** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 01, RUA JOSÉ PROCOPIO - GRAVATA DO IBIAPINA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JEOVANIA BEZERRA DO NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino/Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

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

FIAT/UNO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JEOVANIA BEZERRA DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a) **ALESSANDRO LUIS DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEL8582** (PERNAMBUCO/TAQUARITINGA DO NORTE) Renavam: **500126100** Chassi: **9BD15844AD6789500**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**



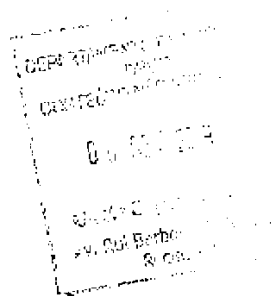
Complemento / Observação

AS VITIMAS COMPARECERAM A ESTA DELEGACIA DE POLICIA PARA INFORMAR QUE AO TRAFEGAR COM SEU VEICULO, O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DO MESMO DURANTE UMA CURVA VINDO A CAPOTAR, SENDO SOCORRIDOS PELO SAMU. É O QUE SE CUMPRE REGISTRAR.

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

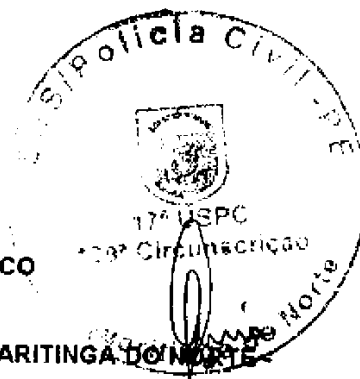
x: *Alessandro Luis da Silva*
ALESSANDRO LUIS DA SILVA
(VITIMA)
x: *Maria das Dores Barbosa da Silva*
MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **RODRIGO DE JESUS LIMA** - Matrícula: **3874877**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE
DP130ªCIRC DINTER1/17ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0220000415**

546323

0310420/19

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/07/2019** às **18:18**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **1/7/2019** às **14:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 01, SÍTIO AÇUDINHO -**
Bairro: **CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JEOVANIA BEZERRA DO NASCIMENTO (OUTRO)
MARIA DAS DORÊS BARBOSA DA SILVA (VÍTIMA)
ALESSANDRO LUIS DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ALESSANDRO LUIS DA SILVA**

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

ALESSANDRO LUIS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA
Data de Nascimento: **1/12/1996** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MARIA DAS DORÊS BARBOSA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino/Mãe: MARIA VICENTE FERREIRA
Pai: **SEVERINO BARBOSA DA SILVA** Data de Nascimento: **1/6/1975** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 01, RUA JOSÉ PROCOPIO - GRAVATA DO IBIAPINA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JEOVANIA BEZERRA DO NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino/Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

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

FIAT/UNO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JEOVANIA BEZERRA DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a) **ALESSANDRO LUIS DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEL8582** (PERNAMBUCO/TAQUARITINGA DO NORTE) Renavam: **500126100** Chassi: **9BD15844AD6789500**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**



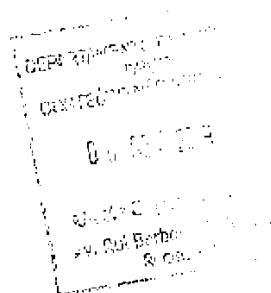
Complemento / Observação

AS VITIMAS COMPARECERAM A ESTA DELEGACIA DE POLICIA PARA INFORMAR QUE AO TRAFEGAR COM SEU VEICULO, O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DO MESMO DURANTE UMA CURVA VINDO A CAPOTAR, SENDO SOCORRIDOS PELO SAMU. É O QUE SE CUMPRE REGISTRAR.

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

x: *Alessandro Luis da Silva*
ALESSANDRO LUIS DA SILVA
(VITIMA)
x: *Maria das Dores Barbosa da Silva*
MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **RODRIGO DE JESUS LIMA** - Matrícula: **3874877**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail:

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Se abrir para os bancos abaixo, Avulsas uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 11533 CONTA: 169692 AGÊNCIA: CONTA:

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, ou parcela total ou valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo sinalizado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autenticação não significa prévio acordo com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, a caso, discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo.

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascer(a) filho(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/vivos vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 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 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 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: 4 - Nome completo da vítima:

869.864.57472 / M^{te} das Dores Barbosa 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: M^{te} das Dores Barbosa da Silva 6 - CPF: 869.864.57472
7 - Profissão: R^{ta} 8 - Endereço: Basilio de Queiroz 9 - Número: 1 10 - Complemento: caso
11 - Bairro: Cravata do IBIA 12 - Cidade: TAQUARITINGA DO MONTE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55790-000
15 - E-mail: 8191613901

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECEISO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPOANÇA (Se abrir para os bancos abaixo, Avulsas uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 11533 CONTA: 16969 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, ou parcela total ou valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo sinalizado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autenticação não significa prévio reconhecimento com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, a caso, discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascer(a) filho(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/vivos vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quem apresentar a documentação necessária, 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 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: 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 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, St^a Cruz do Cap. PE 01-08-19

X Maria das Dores B. da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

12/2019



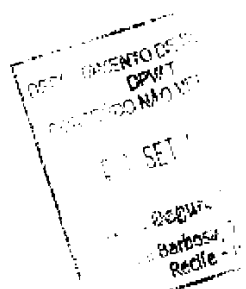


SAMU - Taquaritinga do Norte

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sra Maria das Dores Barbosa da Silva, portador de CPF Nº 869.864.574-72, RG Nº 5.207.29 SSP/PE ID Nº 0242, que consta nos registros de ocorrência do SAMU MACRORREGIONAL AGRESTE DE CARUARU, atendimento realizado por este serviço ao mesmo, no dia 01 de julho de 2019, às 12hs e 24min, no endereço: PE 130 próximo ao Açudinho, vítima de acidente de carro, tendo sido enviado a USB que prestou atendimento em seguida removido para o Hospital local HGSPS/FUNDATA.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: Avaliação, imobilização e remoção.



Taquaritinga do Norte, 30 de julho de 2019

Edvânia Anísia de Moura
Edvânia Anísia de Moura
Bacharel em Enfermagem
CPF: 02.111.123

Edvânia Anísia de Moura
Coordenação de Urgência e Emergência



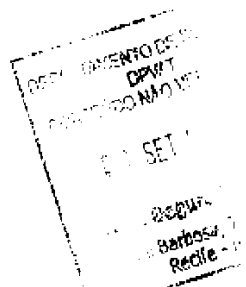


SAMU - Taquaritinga do Norte

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sra Maria das Dores Barbosa da Silva, portador de CPF Nº 869.864.574-72, RG Nº 5.207.29 SSP/PE ID Nº 0242, que consta nos registros de ocorrência do SAMU MACRORREGIONAL AGRESTE DE CARUARU, atendimento realizado por este serviço ao mesmo, no dia 01 de julho de 2019, às 12hs e 24min, no endereço: PE 130 próximo ao Açudinho, vítima de acidente de carro, tendo sido enviado a USB que prestou atendimento em seguida removido para o Hospital local HGSPS/FUNDATA.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: Avaliação, imobilização e remoção.



Taquaritinga do Norte, 30 de julho de 2019

Edvânia Anísia de Moura
Edvânia Anísia de Moura
Coordenadora Geral
SAMU 192

Edvânia Anísia de Moura
Coordenação de Urgência e Emergência



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01153-3

CONTA: 000010016969-4

Nr. da Autenticação 947860818CF06BA4



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 0005943-03



CELPE

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado

de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA

CPF: 869.864.574-72

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA BASÍLIO DE QUEIROZ 1

GRAVATA DO IBIAPINA/GRAVATA DO IBIAPINA
55793-000 TAQUARITINGA DO NORTE PE

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

DATA DE VENCIMENTO

17/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

231,93

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

10/07/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

10/07/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

069074032

CONTA CONTRATO

004000881096

Nº DO CLIENTE

2001752815

Nº DA INSTALAÇÃO

0003850341

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

Monofásico

RESERVADO AO FISCO

B7B4.C40B.C78A.B46B.F90F.5F0C.44E7.977A

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	259,00	0,78063095	202,18
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,42
Contrib. Ilum. Pública Municipal			23,40
ICMS Subvenção-CDE-NF 061369192-10/05/18			1,73
Multa por atraso-NF 065208390 - 10/06/18			4,04
Juros por atraso-NF 065208390 - 10/06/18			0,94
Atualização IGPM-NF 065208390 - 10/06/18			0,76
Bônus ITAJIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			2,54
TOTAL DA FATURA			231,93

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIF			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
203,60	25,00	50,90	203,60	0,82	1,66	203,60	3,81	7,78

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,54833095

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
JUL 18	00000000000000000000	259
JUN 18	00000000000000000000	263
MAY 18	00000000000000000000	287
ABR 18	00000000000000000000	262
MAR 18	00000000000000000000	302
FEV 18	00000000000000000000	276
JAN 18	00000000000000000000	274
DEZ 17	00000000000000000000	298
NOV 17	00000000000000000000	314
OCT 17	00000000000000000000	261
SET 17	00000000000000000000	275
AGO 17	00000000000000000000	261
JUL 17	00000000000000000000	243

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	98,09	32,04
Transmissão	7,34	3,11
Distribuição (Custos)	44,55	19,18
Energias Alternativas	10,47	4,54
Tributos	18,31	7,92
Perdas de Energia	74,02	31,89
TOTAL	283,60	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	ADJUSTE	CONSUMO kWh
NF96076	CAT	10/06/2018 22.101,00	13/07/2018 22.340,00	30	1,00000	0,00	259,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 01/08/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL
maio/2018					
DIC-Nº de horas sem Energia	SANTA CRUZ DO	0,00	5,19	10,38	20,77
FIC-Nº de vezes sem Energia	CAPIMBARIBE	0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		3,00	2,64	0,00	3,00
DMCR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DMCR: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso					R\$ 77,21
Todo Consumidor pode analisar a aplicação dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DMCR e ajustar tempo					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ou correios telcelira de frente! sua professor lya carla centro / osmar pereira silva: r sao jose centro lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.458/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL). Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
004000881096	07/2019	231,93	17/07/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838400000022 319300110049 000881096105 140822967737



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 0005943-03



CELPE

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado

de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA

CPF: 869.864.574-72

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA BASÍLIO DE QUEIROZ 1

GRAVATA DO IBIAPINA/GRAVATA DO IBIAPINA
55793-000 TAQUARITINGA DO NORTE PE

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

DATA DE VENCIMENTO

17/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

231,93

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

10/07/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

10/07/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

069074032

CONTA CONTRATO

004000881096

Nº DO CLIENTE

2001752815

Nº DA INSTALAÇÃO

0003850341

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

Monofásico

RESERVADO AO FISCO

B7B4.C40B.C78A.B46B.F90F.5F0C.44E7.977A

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	259,00	0,78063095	202,18
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,42
Contrib. Ilum. Pública Municipal			23,40
ICMS Subvenção-CDE-NF 061369192-10/05/18			1,73
Multa por atraso-NF 065208390 - 10/06/18			4,04
Juros por atraso-NF 065208390 - 10/06/18			0,94
Atualização IGPM-NF 065208390 - 10/06/18			0,76
Bônus ITAJIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			2,54
TOTAL DA FATURA			231,93

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIF			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
203,60	25,00	50,90	203,60	0,82	1,66	203,60	3,81	7,75

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,54833095

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
JUL 18	00000000000000000000	259
JUN 18	00000000000000000000	263
MAY 18	00000000000000000000	287
ABR 18	00000000000000000000	262
MAR 18	00000000000000000000	302
FEV 18	00000000000000000000	276
JAN 18	00000000000000000000	274
DEZ 17	00000000000000000000	298
NOV 17	00000000000000000000	314
OCT 17	00000000000000000000	261
SET 17	00000000000000000000	275
AGO 17	00000000000000000000	261
JUL 17	00000000000000000000	243

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	98,09	32,04
Transmissão	7,34	3,11
Distribuição (Cabo)	44,55	19,18
Energias Alternativas	10,47	4,54
Tributos	18,31	7,92
Perdas de Energia	74,02	31,89
TOTAL	283,60	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
NF96076	CAT	10/06/2018	22.101,00	13/07/2019	22.340,00	30	1,00000	0,00	259,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 01/08/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
maio/2019					
DIC-Mo de horas sem Energia	SANTA CRUZ DO	0,00	5,19	10,38	20,77
FIC-Mo de vezes sem Energia	CAPIMBARIBE	0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		3,00	2,64	0,00	3,00
DMCR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DMCR: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso					R\$ 77,21
Todo Consumidor pode analisar a aplicação das multas de DMIC, FIC, DMIC e DCR em seu tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ou correio eletrônico de fatura: sua.professor@uaa.celpe.com.br / osmar.pereira.silva@uaa.celpe.com.br
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.458/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
004000881096	07/2019	231,93	17/07/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838400000022 319300110049 000881096105 140822967737



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, Adriana M. M. de A. Fernandes inscrito (a) no CPF sob o nº 945.234.444/04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário M. das Dones B. da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 869.864.574/72 do sinistro de DPVAT cobertura INU. da Vítima M. das Dones B. Barbosa da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 869.864.574/72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>R. Rosemiro Alves de Rocha</u>		Número	<u>03</u>	Complemento	<u>Loja</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>St. Luz do Cap.</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
Email			Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)		
				<u>81 91613907</u>		

St. Luz do Cap. de 01 de Agosto de 2019
Local e Data

Adriana M. M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante





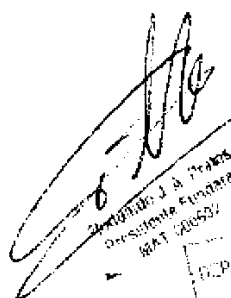
FUNDATA

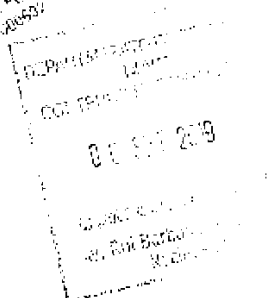
Fundação Municipal de Saúde de Taquaritinga do Norte
Mantenedora do HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CNPJ-01.683.480/0001-03

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a **Sra. Maria das Dores Barbosa da Silva**, nascida 01 de maio 1975, deu entrada neste hospital no dia 01 de julho de 2019 em caráter de urgência, Vítima de acidente de trânsito, conforme consta em nosso arquivo ficha ambulatorial Nº12030 em anexo.

Taquaritinga do Norte ,10 de julho de 2019.


Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Presidente Fundata
MAT 006502



Rodovia PE -130, Km 08. Taquaritinga do Norte - PE Telefone: (081) 3733-1192.
E-mail: fundata@hotmail.com



FUNDATA - FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE TAQUARITINGA DO NORTE
HOSPITAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA
PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

PRONTUÁRIO: 12030 DATA: 2019-7-1 HORA: 13:19:14

OK

NOME: MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA SEXO: F

IDADE: 44 COR: PARDA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO CPF: SUS:

PAI: MÃE:

ENDEREÇO: RUA DO COMERCIO Nº 511

BAIRRO: GRAVATA DO IBIAPINA CIDADE: TAQUARITINGA DO NORTE UF: PE

OCCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO

ATENDIMENTO MÉDICO

PRESSÃO ARTERIAL: 150/90 PULSO: 96 BPM: PESO:

HGT: 1,57 TEMPERATURA: 36,8 Fe. 96

4,8 kg

ANAMNÊSIA

() ALTA () OBSERVAÇÃO () INTERNAMENTO () TRANSFERÊNCIA () ÓBITO

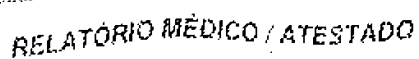
PROCEDIMENTO:

14:15

Dr. Sérgio Henrique
CREMEPE 10.337
01 JUL 2019

ATEDENTE: ROUZE MANUELLA ARAUJO CELESTINO DE MOURA



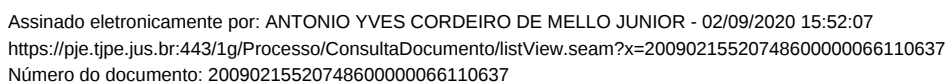


Acesso para os devidos fins que a Sra. MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA, 44 anos, portadora de identidade nº 13860 (Cópia anexa) em 01 de julho de 2019 que resultou em portadora de deficiência secundária decorrente de lesão conservadora no membro superior direito esquerdo, com a seguinte evolução com dor no quadril esquerdo, com a marcha claudicante à esquerda. As sequelas são de caráter permanente e irreversível.

CD-10-8324

10:37:56

ROBERTO DO NASCIMENTO MATEUS - CREMEPE: 11695.





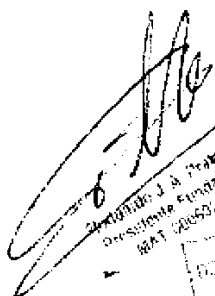
FUNDATA

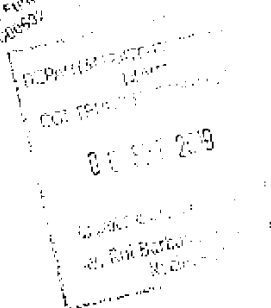
Fundação Municipal de Saúde de Taquaritinga do Norte
Mantenedora do HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CNPJ-01.683.480/0001-03

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a **Sra. Maria das Dores Barbosa da Silva**, nascida 01 de maio 1975, deu entrada neste hospital no dia 01 de julho de 2019 em caráter de urgência, Vítima de acidente de trânsito, conforme consta em nosso arquivo ficha ambulatorial Nº12030 em anexo.

Taquaritinga do Norte ,10 de julho de 2019.


Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Presidente Fundata
MAT 006502



Rodovia PE -130, Km 08. Taquaritinga do Norte - PE Telefone: (081) 3733-1192.
E-mail: fundata@hotmail.com



FUNDATA - FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE TAQUARITINGA DO NORTE
HOSPITAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA
PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

PRONTUÁRIO: 12030 DATA: 2019-7-1 HORA: 13:19:14

OK

NOME: MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA SEXO: F

IDADE: 44 COR: PARDA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO CPF: SUS:

PAI: MÃE:

ENDEREÇO: RUA DO COMERCIO Nº 511

BAIRRO: GRAVATA DO IBIAPINA CIDADE: TAQUARITINGA DO NORTE UF: PE

OCCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO

ATENDIMENTO MÉDICO

PRESSÃO ARTERIAL: 150/90 PULSO: RPM: PESO:

HGT: 1,57 TEMPERATURA: 36,8 Fe. 96.

4,5 kg

ANAMNÊSIA

() ALTA () OBSERVAÇÃO () INTERNAMENTO () TRANSFERÊNCIA () ÓBITO

PROCEDIMENTO:

14:15

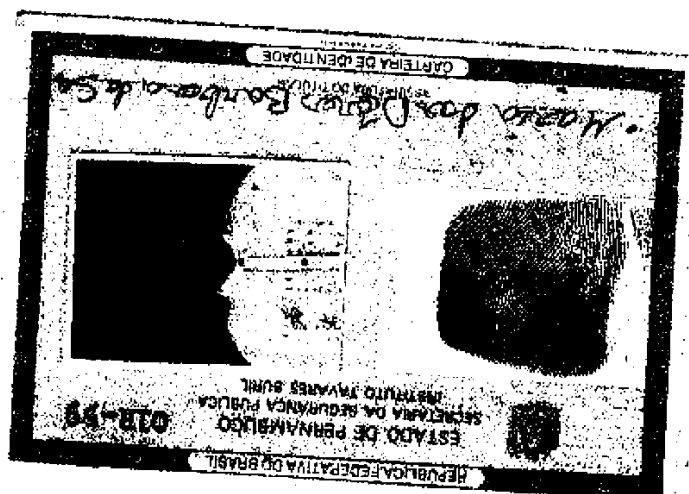
Dr. Sérgio Henrique
CREMEPE 10.337
01 JUL 2019

ATEDENTE: ROUZE MANUELLA ARAUJO CELESTINO DE MOURA

recepção/consulta

1/





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

NOME: **5207920** DATA DE EXPEDIÇÃO: **28.05.1994**

MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA

PLACAS: **Severino Barbosa da Silva**
Maria Vicente Ferreira

NATURALIDADE: **Taq. do Norte PE** DATA DE NASCIMENTO: **01.05.1975**

DOC. BRAS: **D.Nasc. 3907, Fls. 149, Liv. "A" - 04.**

Cart. 1ª Dist. Vertentes PE

ASSINATURA DO DETENTOR: *[Signature]* C/C DE NATAL

LEI Nº 7.136 DE 24/08/83

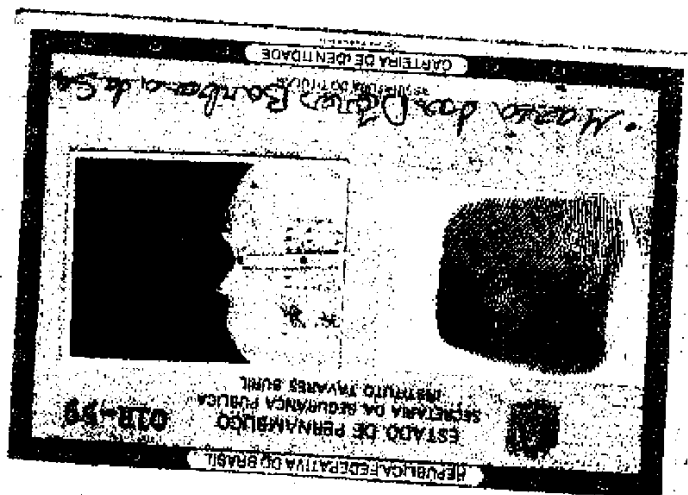
DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL
CARTÃO DE IDENTIDADE
01.05.1975
C/C DE NATAL
M. das Dores Barbosa da Silva

C/C

MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA

NASCIMENTO: **01.05.75**





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

NOME: **5207920** DATA DE EXPEDIÇÃO: **28.05.1994**

MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA

PLACAS: **Severino Barbosa da Silva**
Maria Vicente Ferreira

NATURALIDADE: **Taq. do Norte PE** DATA DE NASCIMENTO: **01.05.1975**

DOO. DADO: **D. Naso. 3907, Fls. 149, Liv. "A" - 04.**

Cart. 1ª Dist. Vertentes PE

ASSINATURA DO DETENTOR: *[Signature]* C/C DE NATAL

LEI Nº 7.136 DE 24/08/83

DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL
CARTÃO DE IDENTIDADE
01.05.1975
M. das Dores Barbosa da Silva
Mãe: M. das Dores Barbosa da Silva

C/C

MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA

NASCIMENTO: **01.05.75**

Informações sobre o veículo

Placa: PEL-8582

Espécie/ Tipo: PAS / AUTOMOVEL

Marca/ Modelo: FIAT/UNO MILLE WAY ECON

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 5 / 66 / 1000

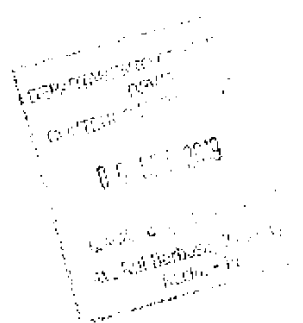
Cor predominante: VERMELHA

Chassi: 9BD15844AD6789500

Combustível: ALCO/GASOL

Ano fabricação/ Ano modelo: 2012/2013

Categoria: PARTIC



Informações sobre o veículo

Placa: PEL-8582

Espécie/ Tipo: PAS / AUTOMOVEL

Marca/ Modelo: FIAT/UNO MILLE WAY ECON

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 5 / 66 / 1000

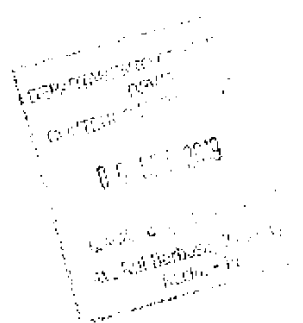
Cor predominante: VERMELHA

Chassi: 9BD15844AD6789500

Combustível: ALCO/GASOL

Ano fabricação/ Ano modelo: 2012/2013

Categoria: PARTIC



**Lauda de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200064326
Nome do(a) Examinado(a): Maria das Dores Barbosa da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Basílio de Queiroz, 01 Casa
Gravata do Ibiapina Taquaritinga do Norte PE CEP: 55790-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 5207929
Data local do acidente: [01/07/2019]
Data local do exame: [14/02/2020] CARUARU [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DO ACETÁBULO ESQUERDO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR.
Complicações: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA
Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
MARCHA CLAUDICANTE E REDUÇÃO GRAVE DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO QUADRIL ESQUERDO
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DANO DO QUADRIL ESQUERDO
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
() "Vítima em tratamento" () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
QUADRIL - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dra. Andrea Rodrigues Madeira

CPF - 846.667.813-15

CRM/PE - 19953

[Assinatura manuscrita]



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder em
Consórcio de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0310420/19

Vítima: MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA

CPF: 869.864.574-72

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 01/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA DAS DORES
BARBOSA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

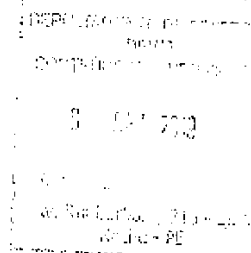
Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IMI
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA : 869.864.574-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 06/09/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 06/09/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA M^{te} Idalécia Gomes Barbosa da Silva
DATA DO ACIDENTE 01-07-19 CPF DA VITIMA 869.864.574-72
PORTADOR DO DOCUMENTO Adriano M^{te} Muro de A. F. Mendes
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR 2. Rosário Alves da Rocha
Nº 03 COMPLEMENTO Leão BAIRRO Centro
CIDADE Sto. Luiz do Cap. PE CEP 55192305
E-MAIL _____ TELEFONE 81.91613907

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTRE QUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPFC DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPFC DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
• MORTE - R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PRECATA N. 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTRE QUE

DATA

01-08-19

IDENTIDADE

48103895SPAE

ASSINATURA

da J. Fernandes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

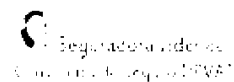
DATA

NOME

ASSINATURA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0052430/20

Vítima: MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA

CPF: 869.864.574-72

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 01/07/2019

Titular do CPF: MARIA DAS DORES
BARBOSA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA : 869.864.574-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/02/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/02/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200064326

Cidade: Taquaritinga do Norte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA

Data do acidente: 01/07/2019

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ACETÁBULO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: BLOQUEIO ARTICULAR SEVERO DO QUADRIL ESQUERDO ASSOCIADO A CONSOLIDAÇÃO VICIOSA ACARRETANDO MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DO ACETÁBULO ESQUERDO. SEM MENÇÃO A FISIOTERAPIA. VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTAÇÃO REFERENTE A ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTENSA DO QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/02/2020

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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190521341

Cidade: Taquaritinga do Norte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA

Data do acidente: 01/07/2019

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DA PERNA ESQUERDA. PG 2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO APRESENTAR RELATÓRIO DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO. EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO, A NÍVEL AMBULATORIAL E EXAMES DE IMAGEM REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 5.207.929 SSP-PE CPF: 869.864.574-72
DATA DO ACIDENTE: 01/07/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA
ENDEREÇO: RUA BASILIO DE QUEIROZ- 1 -GRAVATA DO
IBIAPINA - TAQUARITINGA DO NORTE-PE.

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIAMOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDÉS
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PECPF : 945.234.444-04
ENDEREÇO: RUA: ROSEMIRO ALVES DA ROCHA , Nº 03, CENTRO – SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE).

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E
CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO,
QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS Q
CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

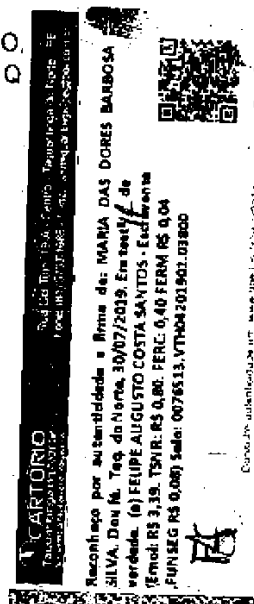
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE(PE),24DE JULHODE 2019.



Marin das Neves Barbosa da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 5.207.929 SSP-PE CPF: 869.864.574-72
DATA DO ACIDENTE: 01/07/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA
ENDEREÇO: RUA BASILIO DE QUEIROZ- 1 -GRAVATA DO
IBIAPINA - TAQUARITINGA DO NORTE-PE.

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIAMOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PECPF : 945.234.444-04
ENDEREÇO: RUA: ROSEMIRO ALVES DA ROCHA , Nº 03, CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE(PE).

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E
CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO,
QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS Q
CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

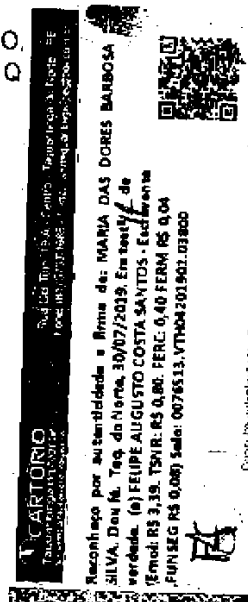
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE(PE),24DE JULHODE 2019.



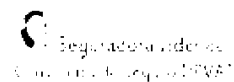
~~Harold de Pines Barboza da Silva~~

ASSINATURA DO OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0310420/19

Vítima: MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA

CPF: 869.864.574-72

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 01/07/2019

Titular do CPF: MARIA DAS DORES
BARBOSA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA : 869.864.574-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/09/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

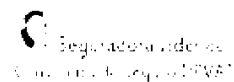
Data do cadastramento: 06/09/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0052430/20

Vítima: MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA

CPF: 869.864.574-72

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 01/07/2019

Titular do CPF: MARIA DAS DORES
BARBOSA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA : 869.864.574-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/02/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/02/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

