

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERA ANA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 00000022229-2

---

Nr. da Autenticação 4B829FE6B6E94CC1



Tarifa Social de Energia Elétrica: Oferta para Lei 10.430, de 26/04/2002

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50.055-962  
(CNPJ 50.835.832/0001-04) | Inscrição Estadual: 0000943-93 | www.cepe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

**ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA:  
RUA FRANCISCO OLAVO 110**

CPF 368 710 366-15

IPSEP/SERRA TALHADA  
SERRA TALHADA PE  
58912-130

|            |            |            |
|------------|------------|------------|
| 033326249  | UNICA      | 25/09/2018 |
| 25/09/2018 | 2000136269 | 3372621    |

12278076019 09/2018  
02/10/2018 25/10/2018  
245,82

Consumo Ativo (kWh)  
Acréscimo Bandeira VERMELHA  
Contato Bum Pública Municipal  
CMSS Subvenção-CDE-NF 021982133-28/08/18  
CMSS Subvenção-CDE-NF 025729453-28/07/18  
PRO- CRIANÇA - (01)3412-6950 0800 031 6965

| QUANTIDADE  | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|-------------|-------------|-------------|
| 262.0000000 | 0,75782809  | 212,28      |
|             |             | 20,35       |
|             |             | 8,86        |
|             |             | 1,81        |
|             |             | 1,73        |
|             |             | 0,99        |

**TOTAL DA FATURA**

245 82

| NP DO<br>MEDICAMENTO | TIPO DA<br>FARMAC<br>CAT | ANTERIOR<br>DATA<br>ESTABELECIDA | LEITURA<br>17.381,00 | ATUAL<br>DATA<br>ESTABELECIDA | LEITURA<br>17.543,00 | NP DS<br>DSAS<br>38 | CONSUMANTE | AJUSTE | CONSUMO (MLRS) |
|----------------------|--------------------------|----------------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|---------------------|------------|--------|----------------|
| 30-0215215           |                          |                                  |                      |                               |                      | 38                  | 1.762,00   |        | 263,00         |

| MAR 18     | 362 |  |  |  |  |  |
|------------|-----|--|--|--|--|--|
| ABR 18     | 362 |  |  |  |  |  |
| MAY 18     | 356 |  |  |  |  |  |
| JUN 18     | 280 |  |  |  |  |  |
| JUL 18     | 278 |  |  |  |  |  |
| AUG 18     | 264 |  |  |  |  |  |
| SETEMBR 18 | 372 |  |  |  |  |  |
| OCT 18     | 365 |  |  |  |  |  |
| NOV 18     | 338 |  |  |  |  |  |
| DEZ 18     | 342 |  |  |  |  |  |
| JAN 19     | 362 |  |  |  |  |  |
| FEB 19     | 365 |  |  |  |  |  |
| MAR 19     | 336 |  |  |  |  |  |
| ABR 19     | 342 |  |  |  |  |  |
| MAY 19     | 362 |  |  |  |  |  |
| JUN 19     | 362 |  |  |  |  |  |
| JUL 19     | 378 |  |  |  |  |  |
| AUG 19     | 372 |  |  |  |  |  |
| SETEMBR 19 | 372 |  |  |  |  |  |
| OCT 19     | 365 |  |  |  |  |  |
| NOV 19     | 338 |  |  |  |  |  |
| DEZ 19     | 342 |  |  |  |  |  |
| JAN 20     | 362 |  |  |  |  |  |
| FEB 20     | 365 |  |  |  |  |  |
| MAR 20     | 336 |  |  |  |  |  |
| ABR 20     | 342 |  |  |  |  |  |
| MAY 20     | 362 |  |  |  |  |  |
| JUN 20     | 362 |  |  |  |  |  |
| JUL 20     | 378 |  |  |  |  |  |
| AUG 20     | 372 |  |  |  |  |  |
| SETEMBR 20 | 372 |  |  |  |  |  |
| OCT 20     | 365 |  |  |  |  |  |
| NOV 20     | 338 |  |  |  |  |  |
| DEZ 20     | 342 |  |  |  |  |  |
| JAN 21     | 362 |  |  |  |  |  |
| FEB 21     | 365 |  |  |  |  |  |
| MAR 21     | 336 |  |  |  |  |  |
| ABR 21     | 342 |  |  |  |  |  |
| MAY 21     | 362 |  |  |  |  |  |
| JUN 21     | 362 |  |  |  |  |  |
| JUL 21     | 378 |  |  |  |  |  |
| AUG 21     | 372 |  |  |  |  |  |
| SETEMBR 21 | 372 |  |  |  |  |  |
| OCT 21     | 365 |  |  |  |  |  |
| NOV 21     | 338 |  |  |  |  |  |
| DEZ 21     | 342 |  |  |  |  |  |
| JAN 22     | 362 |  |  |  |  |  |
| FEB 22     | 365 |  |  |  |  |  |
| MAR 22     | 336 |  |  |  |  |  |
| ABR 22     | 342 |  |  |  |  |  |
| MAY 22     | 362 |  |  |  |  |  |
| JUN 22     | 362 |  |  |  |  |  |
| JUL 22     | 378 |  |  |  |  |  |
| AUG 22     | 372 |  |  |  |  |  |
| SETEMBR 22 | 372 |  |  |  |  |  |
| OCT 22     | 365 |  |  |  |  |  |
| NOV 22     | 338 |  |  |  |  |  |
| DEZ 22     | 342 |  |  |  |  |  |
| JAN 23     | 362 |  |  |  |  |  |
| FEB 23     | 365 |  |  |  |  |  |
| MAR 23     | 336 |  |  |  |  |  |
| ABR 23     | 342 |  |  |  |  |  |
| MAY 23     | 362 |  |  |  |  |  |
| JUN 23     | 362 |  |  |  |  |  |
| JUL 23     | 378 |  |  |  |  |  |
| AUG 23     | 372 |  |  |  |  |  |
| SETEMBR 23 | 372 |  |  |  |  |  |
| OCT 23     | 365 |  |  |  |  |  |
| NOV 23     | 338 |  |  |  |  |  |
| DEZ 23     | 342 |  |  |  |  |  |
| JAN 24     | 362 |  |  |  |  |  |
| FEB 24     | 365 |  |  |  |  |  |
| MAR 24     | 336 |  |  |  |  |  |
| ABR 24     | 342 |  |  |  |  |  |
| MAY 24     | 362 |  |  |  |  |  |
| JUN 24     | 362 |  |  |  |  |  |
| JUL 24     | 378 |  |  |  |  |  |
| AUG 24     | 372 |  |  |  |  |  |
| SETEMBR 24 | 372 |  |  |  |  |  |
| OCT 24     | 365 |  |  |  |  |  |
| NOV 24     | 338 |  |  |  |  |  |
| DEZ 24     | 342 |  |  |  |  |  |
| JAN 25     | 362 |  |  |  |  |  |
| FEB 25     | 365 |  |  |  |  |  |
| MAR 25     | 336 |  |  |  |  |  |
| ABR 25     | 342 |  |  |  |  |  |
| MAY 25     | 362 |  |  |  |  |  |
| JUN 25     | 362 |  |  |  |  |  |
| JUL 25     | 378 |  |  |  |  |  |
| AUG 25     | 372 |  |  |  |  |  |
| SETEMBR 25 | 372 |  |  |  |  |  |
| OCT 25     | 365 |  |  |  |  |  |
| NOV 25     | 338 |  |  |  |  |  |
| DEZ 25     | 342 |  |  |  |  |  |
| JAN 26     | 362 |  |  |  |  |  |
| FEB 26     | 365 |  |  |  |  |  |
| MAR 26     | 336 |  |  |  |  |  |
| ABR 26     | 342 |  |  |  |  |  |
| MAY 26     | 362 |  |  |  |  |  |
| JUN 26     | 362 |  |  |  |  |  |
| JUL 26     | 378 |  |  |  |  |  |
| AUG 26     | 372 |  |  |  |  |  |
| SETEMBR 26 | 372 |  |  |  |  |  |
| OCT 26     | 365 |  |  |  |  |  |
| NOV 26     | 338 |  |  |  |  |  |
| DEZ 26     | 342 |  |  |  |  |  |
| JAN 27     | 362 |  |  |  |  |  |
| FEB 27     | 365 |  |  |  |  |  |
| MAR 27     | 336 |  |  |  |  |  |
| ABR 27     | 342 |  |  |  |  |  |
| MAY 27     | 362 |  |  |  |  |  |
| JUN 27     | 362 |  |  |  |  |  |
| JUL 27     | 378 |  |  |  |  |  |
| AUG 27     | 372 |  |  |  |  |  |
| SETEMBR 27 | 372 |  |  |  |  |  |
| OCT 27     | 365 |  |  |  |  |  |
| NOV 27     | 338 |  |  |  |  |  |
| DEZ 27     | 342 |  |  |  |  |  |
| JAN 28     | 362 |  |  |  |  |  |
| FEB 28     | 365 |  |  |  |  |  |
| MAR 28     | 336 |  |  |  |  |  |
| ABR 28     | 342 |  |  |  |  |  |
| MAY 28     | 362 |  |  |  |  |  |
| JUN 28     | 362 |  |  |  |  |  |
| JUL 28     | 378 |  |  |  |  |  |
| AUG 28     | 372 |  |  |  |  |  |
| SETEMBR 28 | 372 |  |  |  |  |  |
| OCT 28     | 365 |  |  |  |  |  |
| NOV 28     | 338 |  |  |  |  |  |
| DEZ 28     | 342 |  |  |  |  |  |
| JAN 29     | 362 |  |  |  |  |  |
| FEB 29     | 365 |  |  |  |  |  |
| MAR 29     | 336 |  |  |  |  |  |
| ABR 29     | 342 |  |  |  |  |  |
| MAY 29     | 362 |  |  |  |  |  |
| JUN 29     | 362 |  |  |  |  |  |
| JUL 29     | 378 |  |  |  |  |  |
| AUG 29     | 372 |  |  |  |  |  |
| SETEMBR 29 | 372 |  |  |  |  |  |
| OCT 29     | 365 |  |  |  |  |  |
| NOV 29     | 338 |  |  |  |  |  |
| DEZ 29     | 342 |  |  |  |  |  |
| JAN 30     | 362 |  |  |  |  |  |
| FEB 30     | 365 |  |  |  |  |  |
| MAR 30     | 336 |  |  |  |  |  |
| ABR 30     | 342 |  |  |  |  |  |
| MAY 30     | 362 |  |  |  |  |  |
| JUN 30     | 362 |  |  |  |  |  |
| JUL 30     | 378 |  |  |  |  |  |
| AUG 30     | 372 |  |  |  |  |  |
| SETEMBR 30 | 372 |  |  |  |  |  |
| OCT 30     | 365 |  |  |  |  |  |
| NOV 30     | 338 |  |  |  |  |  |
| DEZ 30     | 342 |  |  |  |  |  |
| JAN 31     | 362 |  |  |  |  |  |
| FEB 31     | 365 |  |  |  |  |  |
| MAR 31     | 336 |  |  |  |  |  |
| ABR 31     | 342 |  |  |  |  |  |
| MAY 31     | 362 |  |  |  |  |  |
| JUN 31     | 362 |  |  |  |  |  |
| JUL 31     | 378 |  |  |  |  |  |
| AUG 31     | 372 |  |  |  |  |  |
| SETEMBR 31 | 372 |  |  |  |  |  |
| OCT 31     | 365 |  |  |  |  |  |
| NOV 31     | 338 |  |  |  |  |  |
| DEZ 31     | 342 |  |  |  |  |  |

**ATENÇÃO! O JORNAL DA DIFESA ESTÁ NO SITESPECIAIS.COM.BR**

| Vendedor | Orçamento | Venda  | Venda | Desconto | Imposto |
|----------|-----------|--------|-------|----------|---------|
| EDSON F  | 20000,00  | 194,37 |       |          |         |

**Um novo regime de pagamento de tributos, à determinação da energia nuclear em Portugal, deve ser imposto** para que o setor energético responda ao seu papel em SP e à Europa, não obstante a sua natureza de sector público, é preciso que sejam feitas alterações no sistema de tributação.

**4.4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

EXCELSIOR SEGUROS  
30 NOV. 2018  
SEGURO DPVAT



## 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  
Ouvintes 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                     |  |
|--------------------------------------|--|
| JURANDI DA COSTA SILVA               |  |
| CPF: 749.339.144-00 NIS: 16252697800 |  |

| ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA                                |  |
|--|--|
| RUA ROSA MARIA DO NASCIMENTO 1                                 |  |
| QD-24<br>VILA BELA/SERRA TALHADA<br>56900-000 SERRA TALHADA 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](http://www.celpe.com.br)

|   |   |                                |
|---|---|--------------------------------|
| DATA DE VENCIMENTO<br><b>04/07/2019</b> | DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL<br>27/06/2019 | CONTA CONTRATO<br>007029116665 |
| TOTAL A PAGAR (R\$)<br><b>44,20</b>     | DATA DA APRESENTAÇÃO<br>27/06/2019        | Nº DO CLIENTE<br>2016577042    |
|   | NÚMERO DA NOTA FISCAL<br>067718554        | Nº DA INSTALAÇÃO<br>0005678559 |

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

C5EA.9457.00A5.5A06.F7E6.374C.E3F5.29F2

## DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

| DESCRÍCÃO                                | QUANTIDADE | PREÇO          | VALOR (R\$)     | EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE. |                |                 |      |                |
|--|------------|----------------|-----------------|--|----------------|-----------------|------|----------------|
| Consumo Ativo até 30 kWh                 | 30,00      | 0,18506108     | 5,55            | Vencido Dt Reav Valor                              |                |                 |      |                |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh  | 70,00      | 0,31724757     | 22,20           | 05/06/19 27/06/19 44,20                            |                |                 |      |                |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh | 25,00      | 0,47587136     | 11,89           | 08/06/19 29/06/19 52,77                            |                |                 |      |                |
| Acréscimo Bandeira AMARELA               |            |                | 0,03            |  |                |                 |      |                |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal         |            |                | 4,53            |  |                |                 |      |                |
| <b>TOTAL DA FATURA</b>                   |            |                | <b>44,20</b>    |  |                |                 |      |                |
| <b>INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS</b>           |            |                |                 |  |                |                 |      |                |
| ICMS                                     | PIS        | COFINS         |                 |  |                |                 |      |                |
| BASE DE CÁLCULO                          | %          | VALOR DO IMPOR | BASE DE CÁLCULO | %  | VALOR DO IMPOR | BASE DE CÁLCULO | %    | VALOR DO IMPOR |
| 0,00                                     | 0,00       | 39,67          | 0,17            | 0,06   | 39,67          | 0,79            | 0,31 |                |

| Tarifas Aplicadas                                   | HISTÓRICO DO CONSUMO | kWh |
|---|----------------------|-----|
| Consumo Ativo até 30 kWh 0,18328458                 | JUN 19               | 125 |
| 30 até 100 kWh 0,31420208                           | MAI 19               | 118 |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh 0,47138308 | ABR 19               | 119 |
|   | MAR 19               | 108 |
|   | FEV 19               | 101 |
|   | JAN 19               | 106 |
|   | DEZ 18               | 103 |
|   | NOV 18               | 108 |
|   | OUT 18               | 110 |
|   | SET 18               | 94  |
|   | AGO 18               | 85  |
|   | JUL 18               | 84  |
|   | JUN 18               | 36  |

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| NÚMERO DO MEDIDOR  | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA       | ATUAL LEITURA       | Nº DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh |
|--------------------|----------------|---------------------|---------------------|---------|-----------|--------|-------------|
| 000000000670830442 | CAT            | 29/05/2019 3.714,00 | 27/06/2019 3.839,00 | 29      | 1.00000   | 0,00   | 125,00      |

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 29/07/2019

| DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES  |          |               |                     |           |            |
|--|----------|---------------|---------------------|-----------|------------|
| DESCRIÇÃO  | CONJUNTO | VALOR APURADO | META MENSAL         | META TRIM | META ANUAL |
| DIC-No. de horas sem Energia   |          | 0,00          | 10,73               | 21,46     | 42,92      |
| FIC-No. de vezes sem Energia   |          | 0,00          | 7,59                | 15,19     | 30,39      |
| DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua  |          | 0,00          | 5,78                | 0,00      | 0,00       |
| DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico  |          |               | Limite DICRI: 16,84 |           |            |
| EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 20,44   |          |               |                     |           |            |
| Todo Consumidor pode solicitar a apuração das indicadoras 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](http://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 próx. mês. Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 29,73 . O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

| NÍVEIS DE TENSÃO      |                       |        |        |
|-----------------------|-----------------------|--------|--------|
| TENSÃO NOMINAL(V)     | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) | MINIMO | MÁXIMO |
| 220                   | 202                   | 231    |        |
| AUTENTICAÇÃO MECÂNICA |                       |        |        |

## DESTAQUE AQUI

| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | TOTAL A PAGAR(R\$) | VENCIMENTO | TALÃO DE PAGAMENTO |
|----------------|---------|--------------------|------------|--------------------|
| 007029116665   | 06/2019 | 44,20              | 04/07/2019 |                    |

838400000006 442000110079 029116665104 140392158537



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

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Rosana de M. S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.744-25 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jurandi da Costa Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 449.339.144-00, do sinistro de DPVAT cobertura 3málidez da Vítima Jurandi da Costa Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 449.339.144-00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

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

|          |                        |                         |                      |                        |                     |
|----------|------------------------|-------------------------|----------------------|------------------------|---------------------|
| Endereço | <u>Francisco Olavo</u> | Número                  | <u>110</u>           | Complemento            | <u>Casa</u>         |
| Bairro   | <u>IPSEP</u>           | Cidade                  | <u>Serra Talhada</u> | Estado                 | <u>PE</u>           |
| Email    |                        | Telefone comercial(DDD) |                      | Telefone celular (DDD) | <u>87-9634-4904</u> |

23 de 11 de 2018  
Local e Data

Assinatura do Declarante

**HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES**

 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
 Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

**BOLETIM DE EMERGÊNCIA**

 Nº 112

|                   |   |            |                  |                 |
|-------------------|---|------------|------------------|-----------------|
| Data e Hora:      | 01/01/18  | 20:09      | Data Nasc.:      | 27/07/05        |
| Nome:             | Janiel da Costa Silveira  |            |                  |                 |
| Mãe:              | Clara Ana dos Santos  |            |                  |                 |
| Profissão:        | Menor   | Sexo: M    | Estado Civil:    | —               |
| Responsável:      | Juandy (pai)  |            |                  |                 |
| End. do Paciente: | Quadrado 29 lote 01   |            |                  |                 |
| Bairro:           | U. I. A. Bela   | Município: | STA              | Fone: 9943-5911 |
| Cartão SUS:       | 898003402156336   |            | Doc. Identidade: |                 |
| Raça/Cor:         | <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/> Parda<br><input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Indígena |            |                  |                 |

|                   |     |              |       |
|-------------------|-----|--------------|-------|
| Pressão Arterial: | P脉: | Temperatura: | Peso: |
|-------------------|-----|--------------|-------|

História e Exame Físico:

Quero notícias.

Re ~ ~ ~ ~ ~ 20,0  
 Re ~ ~ ~ ~ ~ 20,0.



Tratamento:

11.23

① 112 S-13

② Voltar — 01/01 Juy. • 2030 WB

Wellba M. Barros de A. Souza  
 Téc. de Enfermagem  
 COREN-PE 700432

Impressão Diagnóstica:

① Fraturas no tor

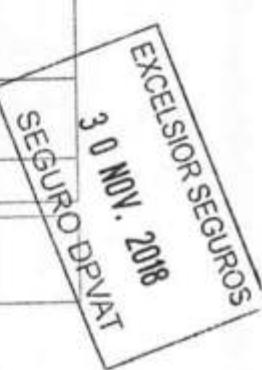
Destino do Paciente: Residência  Internado  Transferido

Removido para Hospital

Óbito às hs do dia

Médico - Carimbo e CRM:

Dr. Ebenone Antônio da Silva  
11-12-2  
 CPF 882.723.544-20  
 Médico Traumatologista



# CliniK

Endereço: Rua Cornélio Soares, 939, sala 2, térreo,  
Bairro: Nossa Senhora da Penha; Serra Talhada- PE;  
CEP: 56903- 440  
CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992

EXCELSIOR SEGUROS  
01 JUL. 2019  
SEGURO DPVAT

## Relatório Médico

Informo que o Sr. Janiel da Costa Silva, de 13 anos, foi vítima de acidente de moto por queda, no dia 01/01/2018, fato ocorrido no município de Serra Talhada, na Zona urbana. Foi levado ao HOSPAM onde foi atendido pelo médico Ortopedista plantonista que diagnosticou entorse do tornozelo esquerdo e realizada imobilização com tala bota gessada.

Na avaliação clínica de sequelas constatou-se que o paciente apresenta dor no tornozelo associado a edema leve e limitação do movimento do pé, durante a extensão, de mais ou menos 30 por cento.

**Encontra-se de alta definitiva do tratamento com a fisioterapia.**

Serra Talhada, 18 de junho de 2019.

Atenciosamente

*Ricardo Bruno S.S. Souza*

**Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva**  
CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992.

*Dr. Ricardo Bruno*  
Médico  
CRM-PE: 23409

# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Cartório do Registro Civil das Pessoas  
naturais do 1º Distrito - SEDE  
SERRA TALHADA - PE  
Ana Maria Pereira de Carvalho Rodrigues

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL

Jose Anchieta de Carvalho Filho

Cartório do Registro Civil das Pessoas Naturais do 1º Distrito, Sede, da Comarca de Serra Talhada PE  
Constância Pereira Lima

Escrevente

ANA MARIA PEREIRA DE CARVALHO RODRIGUES - Oficial Maior

JOSE ANCHIETA DE CARVALHO FILHO - Substituto

CONSTÂNCIA PEREIRA LIMA - Escrevente

## CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que, sob N°. 55.631 à fls. 238

do Livro N°. A-100 de Registro de Nascimentos, encontra-se o assento de  
JAINIVAL DA COSTA SILVA

nascido a os vinte e sete(27) de julho de dois mil e  
cinco (2005), às 04:30 horas, Pronto Socorro

São José, nesta cidade

do sexo masculino filho de Jurandi da Costa Silva  
e de Cicera Ana dos Santos, naturais deste Estado

Sendo avôs paternos João Esteveam da Silva  
e dona Maria Inálva da Costa Silva  
e maternos Pedro Euvenc dos Santos  
e dona Maria Ana da Conceição  
tendo sido declarante Os genitores DN n° 22664270.  
e testemunhas \*\*\*\*\*

O assento foi feito em 07 de Fevereiro de 2006.

Observações:



EXCELENTÍSSIMO  
30 NOV. 2018  
SEGURADO PVAT

O referido é verdade e dou fé.

Serra Talhada 07 de Fevereiro de 2006.

*Ana Maria Pereira de Carvalho*  
Oficial do Registro Civil

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

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3180565854

**Nome do(a) Examinado(a):** JAINIEL DA COSTA SILVA

**Endereço do(a) Examinado(a):** RUA ROSA MARIA DO NASCIMENTO , 1 - QD -24 - SERRA TALHADA /PE - CEP 56912-130

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 10319210 - SDS

**Data e Local do Acidente :** 01/01/2018

**Data e Local do Exame :** 17/07/2019 RUA JOAQUIM GODOY, 393 - SERRA TALHADA/PE

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

ENTORSE DOM TORNOZELO ESQ

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

TRATAMENTO CONSERVADOR

EDEMA E DOR DISCRETA

ALTA EM JUNHO 2019

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

EDEMA RESIDUAL

DOR DISCRETA A MOBILIDADE

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [ ] Não**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [ ] Não**

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

EDEMA RESIDUAL

DOR DISCRETA A MOBILIDADE

**VII. Segundo 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” Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) “Sem sequela permanente” (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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

TORNOZELO ESQUERDO

% do Dano (X) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

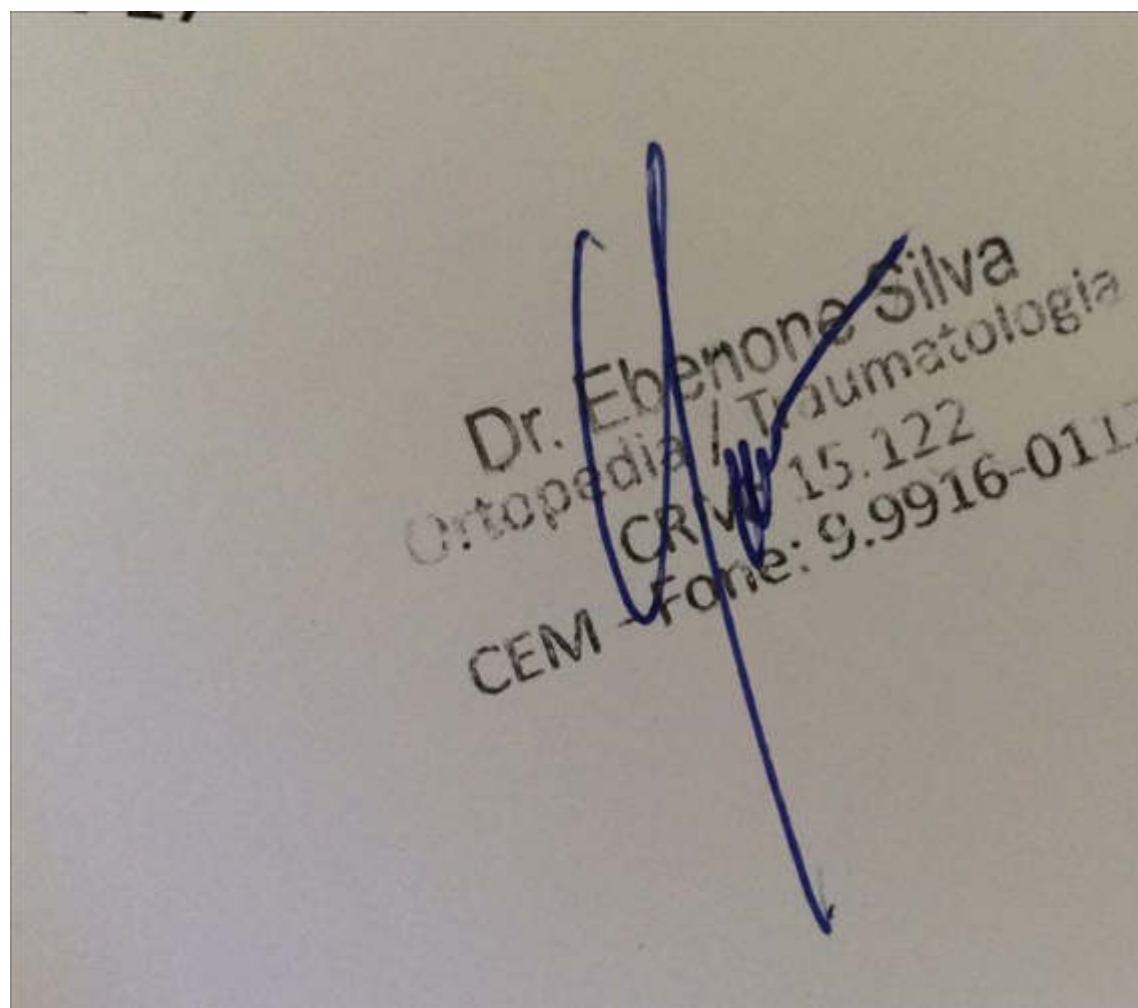
Região Corporal

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

% 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 a valoração do dano corporal.**



---

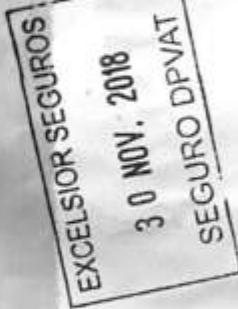
EBENONE ANTONIO DA SILVA CRM : 15122 / UF :PE

DE: ROSANA MENEZES  
RUA: JOCA MAGALHÃES  
661 A

CENTRO

SERRA TALHADA - PE

CEP:56.903.480



PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT

AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175

RECIFE ANTIGO

RECIFE-PE

50.030.000

EXCELSIOR SEGUROS  
30 NOV. 2018  
SEGURÓ DPVAT



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180565854      **Cidade:** Serra Talhada      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JAINIEL DA COSTA SILVA      **Data do acidente:** 01/01/2018      **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** ENTORSE DOM TORNOZELO ESQ.

**Descrição do exame físico:** EDEMA RESIDUAL DOR DISCRETA A MOBILIDADE.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR EDEMA E DOR DISCRETA ALTA EM JUNHO 2019.

**Sequelas permanentes:** DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 17/07/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais DO TORNOZELO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 tornozelo | 25 %   | Em grau residual - 10 %                              | 2,5%         | R\$ 337,50            |
| <b>Total</b>                                 |  |  | <b>2,5 %</b> | <b>R\$ 337,50</b>     |

---

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **JURANDI DA COSTA SILVA**

Nº Sinistro: **3180565854**

Vítima: **JAINIEL DA COSTA SILVA**

Data do Acidente: **01/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180565854**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180565854

Vítima: JAINIEL DA COSTA SILVA

Data do Acidente: 01/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JURANDI DA COSTA SILVA**

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

Boletim de ocorrência

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou 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 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.

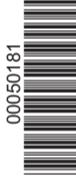
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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](http://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, 16 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180565854**

**Vítima: JAINIEL DA COSTA SILVA**

**Data do Acidente: 01/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JURANDI DA COSTA SILVA**

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

Documentação médica-hospitalar

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](http://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, 05 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180565854**

**Vítima: JAINIEL DA COSTA SILVA**

**Data do Acidente: 01/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Julho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180565854      Vítima: JAINIEL DA COSTA SILVA**

**Data do Acidente: 01/01/2018      Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), CICERA ANA DOS SANTOS**

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

|                  |            |
|------------------|------------|
| Multa:           | R\$ 0,00   |
| Juros:           | R\$ 0,00   |
| Total creditado: | R\$ 337,50 |

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: **CICERA ANA DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 337,50**

Banco: **104**

Agência: **000000914**

Conta: **0000022229-2**

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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

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: *Fernando da Costa Silva*

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

|                |                                    |              |                  |
|----------------|------------------------------------|--------------|------------------|
| Nome completo: | <i>Fernando da Costa Silva</i>     | CPF:         | 419.339.144-00   |
| Profissão:     | <i>Agrônomo</i>                    | Número:      | 24               |
| Bairro:        | <i>Rua Maria do Nascimento 100</i> | Complemento: | <i>Vila Bela</i> |
| E-mail:        | <i>fernando.dasilva@uol.com.br</i> | Estado:      | PE               |
|                |                                    | CEP:         | 56900-000        |
|                |                                    | Tel.(DDD):   | 87-9634-4907     |

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ 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\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: **0914**  CONTA: **35574** **8**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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 e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vitima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vitima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vitima deixou pais/avós 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: *Serra Talhada* 20-11-2018

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina a ROGO

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

EXCELSIOR SEGUROS  
30 NOV. 2018  
SEGURADO DPVAT

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
*Fernando da Costa Silva*

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

*Rosana de M. S. Cavalcante*

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do íntero teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Janiel da Costa Silva

CPF:

Profissão:

Estudante

Endereço:

Rua Maria do Nascimento 100 24 Vila

Número:

Bairro:

Vila Bela

Cidade:

Terrea Talhada

Estado:

PE

CEP:

56900-000

Tel. (DDD):

84-9634-4807

E-mail:

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO MENSAL:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ 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\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0914

CONTA: 22229 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

**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 da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

**EXCELSIOR SEGUROS**

- |  |
|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou                 |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. |

01 JUL. 2019

**SEGURO DPVAT**

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.

**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: Vitima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vitima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

Vitima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não

Vitima 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.

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Local e Data: Terrea Talhada 13/10/2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Xélio Ana dos Santos

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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

SEGURÓ DPVAT  
01 JUL. 2019  
EXCELSIOR SEGUROS





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC  
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0267002370**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/06/2018** às **10:02**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **1/1/2018** às **19:15**

Fato ocorrido no endereço: **AV. VILA BELA, BAIRRO VILA BELA - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
JOSÉ FRANCISCO DE OLIVEIRA NETO ( VITIMA )  
JAINIEL DA COSTA SILVA ( VITIMA )

EXCELSIOR SEGUROS  
30 NOV. 2018  
SEGURO DPVAT

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ FRANCISCO DE OLIVEIRA NETO  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

**JOSÉ FRANCISCO DE OLIVEIRA NETO (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mão: **RITA GABRIEL DE OLIVEIRA** Pai: **JOÃO BOSCO DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **5/11/1981** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9409347/SDS/PE (RG), 70273483498 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **ANALFABETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 999742885**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 11, QUADRA 45, LOTE 11, VILA BELA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JAINIEL DA COSTA SILVA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mão: **CÍCERA ANA DOS SANTOS** Pai: **JURANDI DA COSTA SILVA** Data de Nascimento: **27/7/2005** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, QUADRA 24, LOTE 1, VILA BELA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**MOTONETA CC (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ FRANCISCO DE OLIVEIRA NETO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ FRANCISCO DE OLIVEIRA NETO**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **MARCA ITALIKA**

**POP 100 (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEN4332** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **454993927** Chassi: **9C2HB0210CR43B109**  
 Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **GASOLINA**

### Complemento / Observação

**COMPARECEU A ESTA DEPOL O SENHOR, JOSÉ FRANCISCO DE OLIVEIRA NETO, COMUNICANDO QUE POR VOLTA DAS 19H15 DO DIA 01/01/2018, QUANDO CONDUZIA O VEÍCULO MOTONETA, TIPO CINQUENTINHA ACIMA DESCrito, TRAZENDO NA GARUPA O ADOLESCENTE, JAINIEL DA COSTA SILVA, NA AVENIDA VILA BELA, EM SENTIDO CONTRÁRIO VINHA A MOTOCICLETA POP 100, ACIMA QUALIFICADA, CONDUZIDA POR UM DESCONHECIDO, QUE APARENTEMENTE ESTAVA EMBRIAGADO E COLIDIU FRONTALMENTE COM A MOTONETA, CAUSANDO A QUEDA E OS FERIMENTOS DO NOTICIANTE E SEU PASSAGEIRO; QUE SÓ ACORDOU NO HOSPITAL REGIONAL AGAMENON MAGALHÃES; QUE DEVIDO AO ACIDENTE SOFREU AMPUTAÇÃO DE UM DEDO DO PÉ ESQUERDO, ALÉM DE TRAUMAS NA CABELA E NO CORPO; QUE JAINIEL QUEBROU UM DOS PÉS; QUE SOUBE QUE O CONDUTOR DESCONHECIDO TAMBÉM FORA SOCORRIDO PARA O HOSPA. SALIENTO QUE O NOTICIANTE APRESENTOU OS BOLETINS DE EMERGÊNCIA DO HOSPA N°S 112 E 113, DATADOS DE 01/01/2018, BEM COMO CERTIDÕES DE OCORRÊNCIA DO CORPO DE BOMEIROS MILITAR N°S 013 DOP./2018 E 092 DP./2018.**

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

**JOSÉ FRANCISCO DE OLIVEIRA NETO  
 (VITIMA)**

B.O. registrado por: **ADJANIA BARROS DA SILVA**

331.189-9



# 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: *Fernando da Costa Silva*

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

|                |                                    |              |                  |
|----------------|------------------------------------|--------------|------------------|
| Nome completo: | <i>Fernando da Costa Silva</i>     | CPF:         | 419.339.144-00   |
| Profissão:     | <i>Agrônomo</i>                    | Número:      | 24               |
| Bairro:        | <i>Rua Maria do Nascimento 100</i> | Complemento: | <i>Vila Bela</i> |
| E-mail:        | <i>fernando.dasilva@uol.com.br</i> | Estado:      | PE               |
|                |                                    | CEP:         | 56900-000        |
|                |                                    | Tel.(DDD):   | 87-9634-4907     |

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ 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\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: **0914**  CONTA: **35574** **8**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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 e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vitima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vitima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vitima deixou pais/avós 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: *Serra Talhada* 20-11-2018

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina a ROGO

#### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

EXCELSIOR SEGUROS  
30 NOV. 2018  
SEGURADO DPVAT

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
*Fernando da Costa Silva*

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

*Rosana de M. S. Cavalcante*

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do íntero teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**  
**COInter/2 – 3º Grupamento de Bombeiros**

SERRA TALHADA - PE, 15 de janeiro de 2018.

*P/0 André R.S.*  
ANDRÉ PEREIRA DA SILVA  
Ten Cel BM Cmt 3º GB

EXCELSIOR SEGUROS  
30 NOV. 2018  
SEGURO DPVAT

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N° 013 DOP./2018**

O Chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por solicitação do Sr. JURANDI DA COSTA SILVA, RG 4.215.538 SDS/PE, CPF 749.339.144-00, residente à Quadra 24, Lote 1, Bairro Vila Bela, Serra Talhada-PE, CERTIFICA que foi deslocada a viatura AR 643 da 1ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros Serra Talhada-PE, às 19h15min do dia 01 de janeiro de 2018, comandada pelo 3º SGT QBMG 1/950998-4 HUGO AMORIM VIANA, para uma ocorrência de ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (VÍTIMA DE COLISÃO ENTRE MOTOCICLETAS), sendo vitimado o senhor JAINIEL DA COSTA SILVA, CN 55631, o qual declarou que era passageiro de uma motocicleta. O acidente ocorreu na Av. Vila Bela, Bairro Vila Bela, Serra Talhada-PE e a vítima apresentava as seguintes lesões aparentes: escoriações nos membros superiores e inferiores e ferimento no membro superior direito, a qual foi socorrida e conduzida ao Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, Serra Talhada-PE, ficando aos cuidados do Dr. Vidal, CRM 7205, prontuário 110. A presente certidão segue assinada por mim, CAP QOC/BM CARLOS ROBERTO DE SOUZA JÚNIOR, chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros.

*Carlos Roberto de Souza Júnior*  
CAP QOC/BM