



Número: **0020533-45.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.505,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68451 229	23/09/2020 16:47	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200127304 **Cidade:** Garanhuns **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 14/12/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00





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

Rio de Janeiro, 23 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200127304

Vítima: MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 14/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS

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 15647797





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, 06 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200127304

Vítima: MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 14/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00545/00546 - carta_25 - INVALIDEZ

00020273





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, 17 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200127304

Vítima: MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 14/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS

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\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: **MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **237**

Agência: **000003212-3**

Conta: **000001009494-1**

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

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

2 - NR do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 808.75408400 4 - Nome completo da vítima: Maria do Socorro da Silva Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FADIA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 435/2012

5 - Nome completo: Maria do Socorro da Silva Santos 6 - CPF: 808.75408400
7 - Profissão: Jansen de W 8 - Endereço: Pedro Cavaleante 9 - Número: 07 10 - Complemento:
11 - Bairro: Telipalib 12 - Cidade: Garanhuns 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55290-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 81 993609528

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3242 CONTA: 10034341

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

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

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Garanhuns, PE, 28.03.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Maria do Socorro da Silva Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 135ª CIRCUNSCRIÇÃO - GARANHUNS - DP135ªCIRC DINTER1/18ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0225002470**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/12/2019** às **17:36**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **14/12/2019** às **13:03**

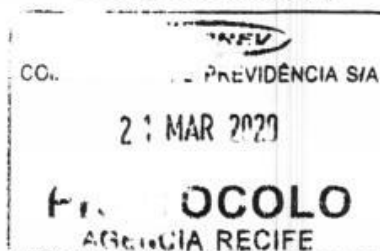
Fato ocorrido no endereço: **RUA ERNESTO DOURADO, 1, CRUZAMENTO COM A DJALMA DUTRA, PROX AO ABRIGO SAO VICENTE** - Bairro: **HELIOPOLIS - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MOTOCICLISTA DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
DAVI DO NASCIMENTO SANTOS (NOTICIANTE)
MARIA DO SOCORRO SILVA SANTOS (VÍTIMA)
MAYRA DA SILVA SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MOTOCICLISTA DESCONHECIDO



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

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

MARIA DO SOCORRO SILVA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA JOSE DA SILVA SANTOS** Data de Nascimento: **19/9/1975** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **AVENIDA PEDRO CAVALCANTE, 7, 9ª TRAVESSA - CEP: 0 - Bairro: HELIOPOLIS - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**

MAYRA DA SILVA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **AVENIDA PEDRO CAVALCANTE, 7, 9ª TRAVESSA - CEP: 0 - Bairro: HELIOPOLIS - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**

DAVI DO NASCIMENTO SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **HILDA DIAS DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **23/3/1974** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **AVENIDA PEDRO CAVALCANTE, 7, 9ª TRAVESSA - CEP: 0 - Bairro: HELIOPOLIS - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): **MOTOCICLISTA DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MOTOCICLISTA DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

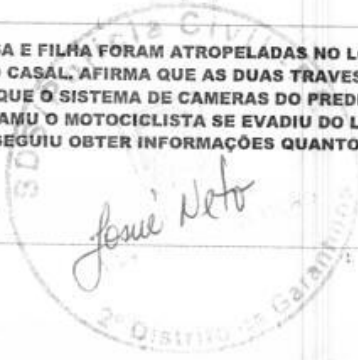
Complemento / Observação

O SENHOR DAVI COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA NOTICIAR QUE SUA ESPOSA E FILHA FORAM ATROPELADAS NO LOCAL ACIMA CITADO. AFIRMA QUE MARIA SAIU DO TRABALHO E ESTAVA COM A FILHA DO CASAL. AFIRMA QUE AS DUAS TRAVESSAVAM A RUA QUANDO UM MOTOCICLISTA AS ATROPELOU JÁ QUASE NA CALÇADA. AFIRMA QUE O SISTEMA DE CAMERAS DO PREDIO NA ESQUINA TEM IMAGENS DO ATROPELAMENTO. AFIRMA QUE APÓS A CHEGADA DO SAMU O MOTOCICLISTA SE EVADIU DO LOCAL NÃO DEIXANDO QUALQUER TIPO DE IDENTIFICAÇÃO. AFIRMA AINDA QUE NÃO CONSEGUIU OBTER INFORMAÇÕES QUANTO A IDENTIDADE DO AUTOR DO ATROPELAMENTO E NEM DA MOTOCICLETA.

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

DAVI DO NASCIMENTO SANTOS

DAVI DO NASCIMENTO SANTOS
(NOTICIANTE)



B.O. registrado por: *Josue Neto* **JOSUE FERREIRA DA SILVA NETO** - Matrícula: **350759-9**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NR do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 808.75408400 4 - Nome completo da vítima: Maria do Socorro da Silva Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FADIA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 435/2012

5 - Nome completo: Maria do Socorro da Silva Santos 6 - CPF: 808.75408400
7 - Profissão: Jansen de W 8 - Endereço: Pedro Cavaleante 9 - Número: 07 10 - Complemento:
11 - Bairro: Telópalis 12 - Cidade: Garanhuns 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55290-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 81 993609528

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

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

AGÊNCIA: 3242 CONTA: 10034341
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

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

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Garanhuns, PE, 28.03.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Maria do Socorro da Silva Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1/2019



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



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50090-902
CNPJ 10.835.932/0001-98 | Ins. Est. 0005843-63 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MÔNICA CHARLENE DA SILVA PEREIRA

CPF 033.466.244-39

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV 9 PEDRO CAVALCANTE 7

HELICÓPOLIS GARANHUNS
GARANHUNS PE
55290-000

Nº DA NOTA FISCAL	MÊS	EMISSÃO
069/19018	UNICA	27/11/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
27/11/2019	20168/2090	6410854

CORTA CONTRATO	MÊS
7034029169	11/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO
04/12/2019	28/12/2019
77,01	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Básico (kW)	85,000000	0,7656762	64,65
Adicional Básico AMARELA			0,17
Adicional Básico VERMELHA			4,81
Contribuição Pública Municipal			2,47
Multa por atraso NF 0628/99326 - 26/10/19			1,53
Juros por atraso NF 0628/99326 - 28/10/19			0,35
Atualização IGP-PIA NF 0628/99326 - 28/10/19			0,20

TOTAL DA FATURA

77,01

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
31843740	EAT	26-10-2019	91,00	27-11-2019	117,00	30	3.10000		76,10

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	CONSUMO (kWh)
NOV 19	85
OUT 19	91
SET 19	91
AGO 19	91
JUL 19	91
JUN 19	91
MAR 19	91
FEV 19	91
JAN 19	91
DEZ 18	91
NOV 18	91

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	22,00	14,30
PIS	0,65	0,49
COFINS	4,25	3,27

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	VALOR	PERCENTUAL
Geração de Energia	R\$ 21,85	28,31%
Transmissão	R\$ 2,47	3,21%
Distribuição (Celpe)	R\$ 15,02	19,51%
Perdas de Energia	R\$ 4,23	5,50%
Energia Solarizada	R\$ 3,53	4,59%
Tributos	R\$ 11,83	15,37%
Total	R\$ 77,43	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo em kWh (kWh)

RESERVAÇÃO AO FISCO

ORCE A021 CAA2 QJ03 0120 019E 1108 2104

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Esta fatura de energia elétrica é emitida em nome da Companhia. Para informações, consulte o site www.celpe.com.br. O cliente é responsável quando não pagar a fatura de energia elétrica no prazo estabelecido. Pagos em atraso geram multa de 0,2% (dois por cento) por dia de atraso, juros de 10% (dez por cento) e atualização monetária pelo IGP-PIA. Esta fatura é emitida quando não há o pagamento do valor devido para os padrões de atendimento comercial.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site www.celpe.com.br. Para informações, consulte o site www.celpe.com.br.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SIA

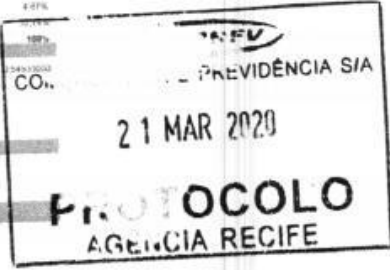
CONTRATO	VALOR APLICADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
ENG	0,00	0,00	0,00	0,00
PG	0,00	0,00	0,00	0,00
OMC	0,00	0,00	0,00	0,00

TENDÊNCIA DE VARIACÃO

TENDÊNCIA NOMINAL (V)	ANO	VAR
220	202	

Unidade de Medida: kWh - Valor de Energia de Consumo de Unidade de Medida: kWh - 1,00

CORTA CONTRATO	MÊS	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7034029169	11/2019	04/12/2019	





HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
Simão Gomes, Heliópolis, Garanhuns - PE
CEP: 55296-250, Fone: (87) 3761-8100 | (87) 3761-8101

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 936806	Data e Hora do Atendimento 14/12/2019 às 13:03:12	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada EMERGÊNCIA ORTOPÉDICA
------------------------------	--	--	---

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 000074555 - MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS

CNS: 706:03711555072 Nascimento: 19/09/1975 Idade: 44 anos Sexo: Feminino Cor: Parda

Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: AUX S GERAIS Naturalidade: GARANHUNS-PE Nacionalidade: Brasileiro

Documento: RG - 4213231 Filiação: Pai: ROBERTO FRANCISCO DOS SANTOS Mãe: MARIA JOSE DA SILVA SANTOS

Endereço (Av., Rua, etc): RUA FRANCISCO BRANCO, Nº. 14 Complemento: Bairro: BRASILIA Cidade: Garanhuns UF: PE Telefone: (87) 9940-7839

Acompanhante: Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐

Procedência: BRASILIA Meio de Transporte:

Atendimento Médico:

Data: / / Hora: Medico: CRM:

Queixa Principal:

HDA:

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☒ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐ Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☒ Tipo: Motorista ☐ Passageiro ☐

Atropelamento: Sim ☒ Não ☐ Local do Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☒ Não ☐ Tipo: Sofreu Queda: Sim ☒ Não ☐ Altura: m

Queimadura: Sim ☐ Não ☒ Por: Transporte realizado por:

Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐ Por que:

Exame físico:

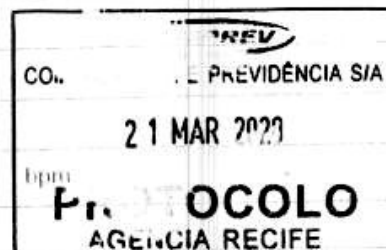
A: Geral: Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp: °C

B: Respiratório

C: Circulatório: PA: x mmHg Pulso:

D: Exame Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSI ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
Glasgow: Abertura Ocular: 04 Glasgow: Resposta Verbal: 05 Glasgow: Resposta Motora: 06
Escore: Hora: Escore: Hora: Escore: Hora:



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

FRATURA NA TÍBIA E

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Cód. Procedimento

Tratamento/Procedimento:

TIPIA BOTA

Ass. Médico + Carim

Indicação Cirúrgica: Sim ☒ Não ☐ Motivo

Ass. Enfermeira + Car

Diagnóstico Definitivo:

0 MGS

Diagnóstico do Caso:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

Condição da Alta:

☐ Curado ☐ Melhor

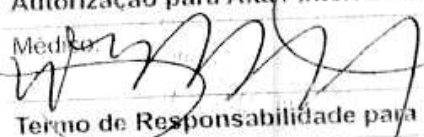
☐ Inalterado ☐ Piorado

Transferido para

☐ Óbito

Internado na Clínica

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:  CRM:

Data: / / Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

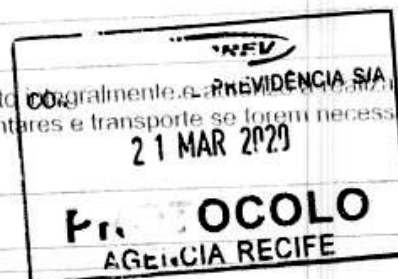
Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente, e a realização de tratamentos clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:



Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:



HRDM

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL GERAL DE MOIRÁ - GARANHUNS-PE
SEÇÃO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIA



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Maria do Socorro

Vítima de Acidente + Polígrafo
Iniciada em 14/12/19

INTERFERÊNCIA ALERGICA

INTERFERÊNCIA ALERGICA

INTENSA

Em repouso

EM REPOUSO

14 12 19

CO. PREVIDÊNCIA SIA
21 MAR 2020
PROTOCOLO
AGENCIA RECIFE

RECEBIDA

EM REPOUSO

EM REPOUSO

14/12/19



**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

PACIENTE: MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S822 - FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

DATA DE INTERNAMENTO: 21/12/2019

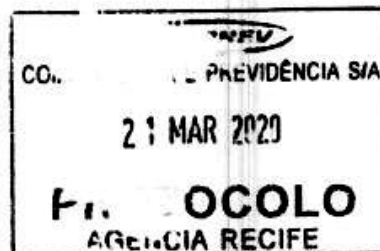
DATA DA CIRÚRGIA:

DATA DE ALTA: 23/12/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 09/01/2020

HORÁRIO: 10:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO



JABOATÃO DOS GUARARAPES, 23 DE DEZEMBRO DE 2019

MEDICO: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

Dr. Elder Carvalho
Ortopedia
CRM - PE 22023



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

03 R 03

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E CÍVIL



Maria do Socorro da Silva Santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.213.231 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/04/2011

NOME << MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS >>

FILIAÇÃO << ROBERTO FRANCISCO DOS SANTOS >>
<< MARIA JOSÉ DA SILVA SANTOS >>

NATURALIDADE GARANHUNS - PE DATA DE NASCIMENTO 19/09/1975

DOC ORIGEM << 075796 01 55 1977 1 00027 033
0003093 19 GARANHUNS-PE >>

CPF 808.754.084-00

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 1984

R F-43 77.792 3422

COMITÊ VIGILÂNCIA PREVIDÊNCIA SIA

21 MAR 2020

PROTOCOLO

AGENCIA RECIFE



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 808.754.084-00 4 - Nome completo da vítima: Maria do Socorro da Silva

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

5 - Nome completo: Maria do Socorro da Silva Santos 6 - CPF: 808.754.084-00
7 - Profissão: Recusou-se 8 - Endereço: TV 9 Pedro Cavalcante 9 - Número: 07 10 - Complemento:
11 - Bairro: Heliópolis 12 - Cidade: Garanhues 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55290-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 9.9258.3087

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:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 3232 CONTA: 3009494 1

(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)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que 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.

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

39 - 2ª | Nome: CPF:

09 ABR 2020

Assinatura da testemunha
PROCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Assinatura da testemunha

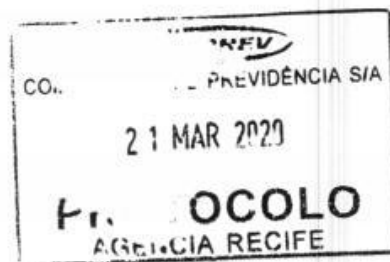
40 - Local e Data, Garanhues 07/04/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Maria do Socorro da Silva Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200127304 **Cidade:** Garanhuns **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 14/12/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100502/20

Vítima: MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS

CPF: 808.754.084-00

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 14/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS : 808.754.084-00

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: 21/03/2020
Nome: MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS
CPF: 808.754.084-00

MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/03/2020
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA



BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03212-3

CONTA: 000001009494-1

Nr. Autenticação

BRABESCO150420200500000000002370321200000100949494500 PAGO

