



08/12/2020

Número: **0069158-13.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **25/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                 |                    | Procurador/Terceiro vinculado                |                    |
|--------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------|--------------------|
| JAQUELINE BERNARDO DA SILVA (AUTOR)                    |                    | KARINA ANGELICA MONTEIRO DA COSTA (ADVOGADO) |                    |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU) |                    |                                              |                    |
| ARUANA SEGUROS S.A. (REU)                              |                    |                                              |                    |
| PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)       |                    |                                              |                    |
| Documentos                                             |                    |                                              |                    |
| Id.                                                    | Data da Assinatura | Documento                                    | Tipo               |
| 72209726                                               | 08/12/2020 15:20   | <a href="#">ANEXO 1</a>                      | Outros (Documento) |



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, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200010624

Vítima: JAQUELINE BERNARDO DA SILVA

Data do Acidente: 06/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAQUELINE BERNARDO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15358436

Pag. 01609/01610 - carta\_01 - INVALIDEZ





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, 25 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200010624**

**Vítima: JAQUELINE BERNARDO DA SILVA**

**Data do Acidente: 06/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JAQUELINE BERNARDO DA SILVA**

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 1.687,50 |

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: JAQUELINE BERNARDO DA SILVA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 237**

**Agência: 000001783-3**

**Conta: 000001008407-5**

**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](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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 8 - CPF da vítima: 070.112.874-77 4 - Nome completo da vítima: XARQUEING BERNARDO DA SILVA

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

5 - Nome completo: XARQUEING BERNARDO DA SILVA 6 - CPF: 070.112.874-77  
7 - Profissão: MÃO DESSA 8 - Endereço: RUA UM 9 - Número: 6-6 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: LOTO, QUINTA DO ROSARIO 12 - Cidade: CARQUEINA 13 - Estado: SC 14 - CEP: 55810-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81-99253-2981

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\$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) ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)  
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1783 3 CONTA: 1008407 5 AGÊNCIA: CONTA:  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 do 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) ☐ 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 nascituro (velhasor)? ☐ 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 se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não apresentando

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:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

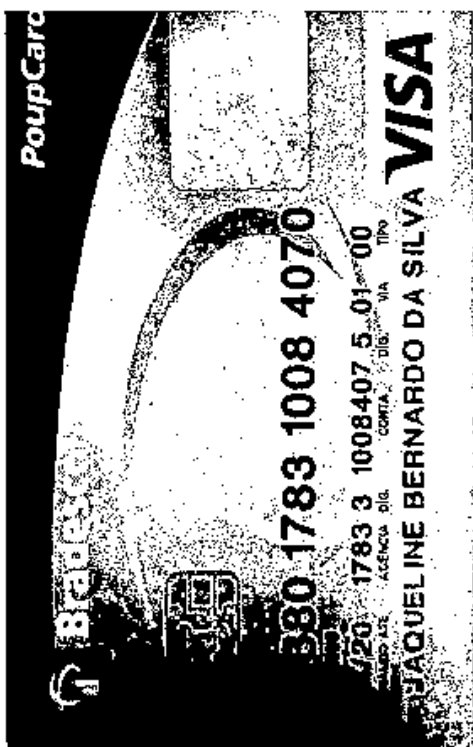
40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019



Scanned by CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ªCIRC  
DINTER/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0135004407**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/11/2019** às **12:00**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **6/10/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARPINA, 1, RODOVIA PE 90 - Bairro: SANTO**

**ANTONIO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PRÓXIMO A LOMBADEIRA**

**ELETRÔNICA**

Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDA (AUTOR/AGENTE)

JAQUELINE BERNARDO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): JAQUELINE BERNARDO DA SILVA

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

**JAQUELINE BERNARDO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA**

**Pai: SEVERINO BERNARDO DA SILVA Data de Nascimento: 10/2/1987 Naturalidade: NÃO INFORMADO /**

**PERNAMBUCO / BRASIL**

**Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CARPINA, 6, RUA UM, CASA C, QUINTA DO ROSÁRIO - CEP: 0 - Bairro:**

**SANTO ANTONIO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO /**

**PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTONETA HONDA/BIZ 100 ES (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JAQUELINE BERNARDO DA**

**SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): JAQUELINE BERNARDO DA SILVA**

**Categoria/Marca/Modelo: MOTONETA/HONDA/POP 100 Objeto apreendido: Não**

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

**Placa: K1Q0202 (PERNAMBUCO/CARPINA) Renavam: 552092010 Chassi: 9C2HC1420DR023982**

file:///C:/Users/Polícia%20civil/infopol/xml/BOEPreview.html

15/11/2019



## Complemento / Observação

A VÍTIMA, JAQUELINE BERNARDO DA SILVA, PRESENTE NESTA DELEGACIA, AFIRMA QUE NA NOITE DO DIA 06/10/2019, SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO QUANDO CONDUZIA A MOTONETA ACIMA CITADA NA RODOVIA PE90, BAIRRO SANTO ANTONIO, CARPINA, RELATA QUE CONDUZIA A SUA MOTONOTA COM SENTIDO CARPINA - LAGOA DO CARRO, QUANDO FOI ENTRAR EM UMA RUA A DIREITA, PRÓXIMO DA LOMBADA ELETRÔNICA, DERRAPOU COM A REFERIDA MOTONETA, CAIU NO SOLO E SOFREU LESÕES, QUE NA MANHÃ DO DIA 07/10/2019 PROCUROU ATENDIMENTO MÉDICO NA UNIDADE MISTA DE CARPINA.

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

*Jaqueline Bernardo da Silva*  
JAQUELINE BERNARDO DA SILVA  
(VÍTIMA)

*Fabio Jose dos Santos*  
B.O. registrado por: **FABIO JOSE DOS SANTOS** - Matrícula: 273810-4

45ª Circunscrição

Carpina





# 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: 8 - CPF da vítima: 070.112.874-77 4 - Nome completo da vítima: XARQUELINO BERNARDO DA SILVA

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

5 - Nome completo: XARQUELINO BERNARDO DA SILVA 6 - CPF: 070.112.874-77  
7 - Profissão: MÃO OBRERA 8 - Endereço: RUA UM 9 - Número: 6-C 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: LOTO, QUINTA DO ROSARIO 12 - Cidade: CARQUEIA 13 - Estado: SE 14 - CEP: 55810-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81-99253-2981

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\$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) ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 1783 3 CONTA: 1008407 5 AGÊNCIA: CONTA:

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 do 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) ☐ 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 nascituro (velhosos)? ☐ 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 se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não apresentando

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:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Carqueia, 27/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019

**BOLETIM DE EMERGÊNCIA**

No. Ocorrência: 0061861

Prontuário: 00011333-6

Idade: 32 ANOS, 7 MESES E 27 DIAS

Nome: JAQUELINE BERNARDO DA SILVA

Dt. Naso.: 10/02/1987 Sexo: M Est. Civil: CASADO

Endereço: RUA 01, Nº 6

CEP:

Cidade: CARPINA/PE

Bairro: SANTO ANTONIO

Nac: BRASIL

Documento:

CNS: 706204501756561

Sis prenatal:

Tel.:

Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA

Pai:

Profissão:

Responsável: A MESMA

**Últimas Ocorrências**

| Data             | Nº Ocorrência | Motivo do atendimento      |
|------------------|---------------|----------------------------|
| 07/10/2019 07:45 | 0061861       | TORÇÃO NO PÉ               |
| 05/04/2019 15:50 | 0014719       | DESMALHO EM POSTO DE SAÚDE |

**PRE-CONSULTA**

Urgência ( ) Não Urgência ( ) Emergência ( ) Acidente Trabalho ( ) Acidente Trânsito ( )

| Horário | P.A. | Pulso | Peso | Assinatura |
|---------|------|-------|------|------------|
|         |      |       |      |            |

**Queixas / Diagnóstico**

Dores no tornozelo e  
 na base do pé direito  
 e na base do pé esquerdo  
 com dificuldade de  
 movimentação e de ficar em pé

**Tratamento**

Curativo  
 Físio-terapia  
 e fisioterapia  
 com o uso de  
 gelo e elevação  
 do membro afetado  
 8.30  
 Adriano Gomes  
 COREN-PE 6303051E  
 PA-10047

**Exames complementares****Impressão diagnóstica**

CID

**Motivo da saída:**Residência ☐ Internado ☐**Justificativa:****Encaminhado:****Removido:****Óbito:**

às \_\_\_\_ h \_\_\_\_ m do dia \_\_\_\_

**Data saída:****Hora saída:**

|                                                                                                                                                                                                                             |                    |                                                                                                                                |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> CURATIVO<br><input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO                                                                                                                                                   |                    | ADM MEDICAMENTO:<br><input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP<br><input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO | TÉCNICO / COREN |
| Consultas / Atendimento Médico:<br><input type="checkbox"/> urgência básica <input type="checkbox"/> urgência especializada<br><input type="checkbox"/> observação básica <input type="checkbox"/> observação especializada |                    | MÉDICO / CRM<br>Dr. Antonio da Silva<br>CRM-PE 6303051E<br>HORÁRIO:                                                            |                 |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO                                                                                                                                                                                                      | TÉCNICO / CONSELHO | HORÁRIO                                                                                                                        |                 |
|                                                                                                                                                                                                                             |                    |                                                                                                                                |                 |
|                                                                                                                                                                                                                             |                    |                                                                                                                                |                 |
|                                                                                                                                                                                                                             |                    |                                                                                                                                |                 |

Data da impressão: Segunda-feira, 07 de Outubro de 2019 às 07:45

Recepção: JOSEANE



Powert el nature en

Terhazet (puha) O

Enc p1 Brtephndia

Lpl UPA sio (Gur UMI)

  
Dr. Gustavo Henrique B. Almeida  
Médico  
CRM 15518



BRADESCO

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: 22/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JAQUELINE BERNARDO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01783-3

CONTA: 000001008407-5

---

---

Nr. Autenticação

BRADESCO2201202005000000000023701783000001008407168750 PAGO



## 28 VIJ



**CELPE**  
www.celpe.com.br

**Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02**  
**COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 118**  
**Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142**  
**Ouvidoria 0800 282 5599**  
**Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado**  
**de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0187-Ligação Gratuita de Telefones Fixos**  
**Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL**  
**167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis**

|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                      |  |                                                                                                                                            |  |                                                                                                                      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>DADOS DO CLIENTE</b><br>JAQUELINE BERNARDO DA SILVA<br>CPF: 070.112.874-77                                                                                                                                                                                |  | <b>DATA DE VENCIMENTO</b><br><b>17/10/2019</b><br>TOTAL A PAGAR (R\$)<br><b>0,00</b> |  | <b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b><br>10/10/2019<br><b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b><br>10/10/2019<br><b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b><br>080351167 |  | <b>CONTÁ CONTRATO</b><br>007004656487<br><b>Nº DO CLIENTE</b><br>2010951276<br><b>Nº DA INSTALAÇÃO</b><br>0005219149 |  |
| <b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b><br>RUA UM E -C<br>LOTTO QUINTA DO ROSARIO/CARPINA<br>55910-000 CARPINA PE                                                                                                                                             |  | <b>CLASSIFICAÇÃO</b><br><b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b><br><b>Monofásico</b>     |  |                                                                                                                                            |  |                                                                                                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  | <b>RESERVADO AO FISCO</b><br><b>2F79.ECF3.3586.80CB.744D.9950.8B1B.78FA</b>          |  |                                                                                                                                            |  |                                                                                                                      |  |
| 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 <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a> |  |                                                                                      |  |                                                                                                                                            |  |                                                                                                                      |  |

| DESCRIÇÃO                        | QUANTIDADE | PREÇO     | VALOR (R\$) |
|----------------------------------|------------|-----------|-------------|
| Consumo Ativo(kWh)               | 120,00     | 0,8406952 | 97,28       |
| Acréscimo Bandeira AMARELA       |            |           | 0,85        |
| Acréscimo Bandeira VERMELHA      |            |           | 4,79        |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal |            |           | 8,62        |
| TOTAL DA FATURA                  |            |           | 112,54      |

| TARIFAS APLICADAS            |  |  |  | HISTÓRICO DO CONSUMO |     |
|------------------------------|--|--|--|----------------------|-----|
| Consumo Ativo(kWh) 0,6483300 |  |  |  | OUT 19               | 120 |
|                              |  |  |  | SET 19               | 121 |
|                              |  |  |  | AGO 19               | 105 |
|                              |  |  |  | JUL 19               | 136 |
|                              |  |  |  | JUN 19               | 138 |
|                              |  |  |  | MAI 19               | 146 |
|                              |  |  |  | ABR 19               | 129 |
|                              |  |  |  | MAR 19               | 156 |
|                              |  |  |  | FEV 19               | 135 |
|                              |  |  |  | JAN 19               | 141 |
|                              |  |  |  | DEZ 18               | 147 |
|                              |  |  |  | NOV 18               | 135 |
|                              |  |  |  | OCT 18               | 129 |

| COMPOSIÇÃO DO CONSUMO |        |       |  |  |  |  |  |
|-----------------------|--------|-------|--|--|--|--|--|
| R\$                   |        | %     |  |  |  |  |  |
| Geração de Energia    | 32,37  | 28,65 |  |  |  |  |  |
| Transmissão           | 3,57   | 3,47  |  |  |  |  |  |
| Distribuição (Cabo)   | 21,03  | 21,07 |  |  |  |  |  |
| Encargos Setoriais    | 5,10   | 4,80  |  |  |  |  |  |
| Tributos              | 33,96  | 32,21 |  |  |  |  |  |
| Prestos de Serviço    | 6,83   | 6,64  |  |  |  |  |  |
| TOTAL                 | 102,82 | 100   |  |  |  |  |  |

| INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS |       |                 |      |                 |      |  |  |
|-------------------------|-------|-----------------|------|-----------------|------|--|--|
| ICMS                    |       | PIS             |      | COFINS          |      |  |  |
| BASE DE CÁLCULO         | %     | BASE DE CÁLCULO | %    | BASE DE CÁLCULO | %    |  |  |
| 102,82                  | 25,00 | 102,82          | 1,20 | 102,82          | 6,95 |  |  |

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|--------------------------------------------|----------------|------------|----------|------------|----------|---------|-----------|--------|-------------|
| NÚMERO DO MEDIDOR                          | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR   |          | ATUAL      |          | Nº DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh |
|                                            |                | DATA       | LEITURA  | DATA       | LEITURA  |         |           |        |             |
| 000000003141260293                         | CAT            | 09/09/2019 | 7.909,00 | 10/10/2019 | 7.928,00 | 31      | 1,00000   | 0,00   | 129,00      |

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 01/11/2019

| DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES      |          |                     |             |            |            |
|--------------------------------------------|----------|---------------------|-------------|------------|------------|
| OCORRÊNCIA                                 | CONJUNTO | VALOR APLICADO      | META MENSAL | META TRIM. | META ANUAL |
| 01/07/2019                                 |          |                     |             |            |            |
| DEC-No de horas sem Energia                | CARPIUA  | 0,00                | 5,31        | 10,62      | 21,25      |
| FIC-No de vezes sem Energia                |          | 0,00                | 3,30        | 6,60       | 13,20      |
| Máx-Duração máxima de interrupção contínua |          | 0,00                | 3,03        | 9,09       | 0,50       |
| DEC-Duração de interrupção em dia crítico  |          | Limite DECRI: 12,12 |             |            |            |
| EUSD-Valor da Escorça de Uso = R\$ 35,00   |          |                     |             |            |            |

Todos os consumos são passíveis de auditoria e aprovação das Indicações CMC, FIC, EUSD e DECRI a partir da 1ª leitura.

| <p><b>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</b></p> <p>Pague no ponto mais perto de você! Formadora n. senhora da cancela: rua errada faria de miranda no2 santo antônio / xeror (m prtes): rua errada faria de miranda no11 santo antônio lista completa em <a href="http://www.celpa.com.br">www.celpa.com.br</a>. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em <a href="http://www.eneis.gov.br">www.eneis.gov.br</a>. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Paga-se, em média, cerca de multa 2% (Res444/ANEEL), Juros 1% ao (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em razão de reclassificação, ocorreu alteração da tarifa homologada.</p> | <table border="1"> <tr> <th colspan="3">NÍVEL DE TENSÃO</th></tr> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL (V)</th><th colspan="2">LÍMITE DE VARIAÇÃO (V)</th></tr> <tr> <td></td><th>MÍN (MD)</th><th>MÁX (MX)</th></tr> <tr> <td>220</td><td>202</td><td>231</td></tr> <tr> <td colspan="3">AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</td></tr> </table> | NÍVEL DE TENSÃO |  |  | TENSÃO NOMINAL (V) | LÍMITE DE VARIAÇÃO (V) |  |  | MÍN (MD) | MÁX (MX) | 220 | 202 | 231 | AUTENTICAÇÃO MECÂNICA |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--|--|--------------------|------------------------|--|--|----------|----------|-----|-----|-----|-----------------------|--|--|
| NÍVEL DE TENSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                 |  |  |                    |                        |  |  |          |          |     |     |     |                       |  |  |
| TENSÃO NOMINAL (V)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | LÍMITE DE VARIAÇÃO (V)                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                 |  |  |                    |                        |  |  |          |          |     |     |     |                       |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | MÍN (MD)                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | MÁX (MX)        |  |  |                    |                        |  |  |          |          |     |     |     |                       |  |  |
| 220                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 202                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 231             |  |  |                    |                        |  |  |          |          |     |     |     |                       |  |  |
| AUTENTICAÇÃO MECÂNICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                 |  |  |                    |                        |  |  |          |          |     |     |     |                       |  |  |

|                |         |                    |            |                                                                                            |
|----------------|---------|--------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| CONTA CONTRATO | MES/ANO | TOTAL A PAGAR(R\$) | VENCIMENTO | TALÃO DE PAGAMENTO                                                                         |
| 007004656487   | 10/2019 | 0,00               | 17/10/2019 | <p>Evite dobrar, perfurar ou rasurar.</p> <p>Este canhoto será usado em leitora ótica.</p> |

|             |                       |
|-------------|-----------------------|
| FATURA PAGA | AUTENTICAÇÃO MECÂNICA |
|-------------|-----------------------|



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

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.635.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005543-93



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

**DADOS DO CLIENTE**  
MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA  
CPF: 919.419.384-34 NIS: 12623191676

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
LO PRIMAVERA 5 - PR -  
PRIMAVERA/PAUDALHO  
55825-000 PAUDALHO 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**  
**26/08/2019**

**TOTAL A PAGAR (R\$)**  
**0,00**

**DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL**  
19/08/2019

**DATA DA APRESENTAÇÃO**  
19/08/2019

**NÚMERO DA NOTA FISCAL**  
073947911

**CONTA CONTRATO**  
**007026223177**

**Nº DO CLIENTE**  
2015324565

**Nº DA INSTALAÇÃO**  
0006488343

**CLASSIFICAÇÃO**  
**B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS**  
**Monofásico**

**RESERVADO AO FISCO**  
**65B6,07F4,0499,0AE8,480A,F9C2,CFDC,CA99**

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

| DESCRIÇÃO                                | QUANTIDADE | PREÇO      | VALOR (R\$) |
|------------------------------------------|------------|------------|-------------|
| Consumo Ativo até 30 kWh                 | 30,00      | 0,19124008 | 5,73        |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh  | 70,00      | 0,32784015 | 22,94       |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh | 18,00      | 0,49176022 | 8,85        |
| Acréscimo Bandeira AMARELA               |            |            | 0,41        |
| Acréscimo Bandeira VERMELHA              |            |            | 1,67        |
| Contrib. Dum. Pública Municipal          |            |            | 12,12       |
| Multa por atraso-NF 086297580 - 17/08/19 |            |            | 0,79        |
| Juros por atraso-NF 086297580 - 17/08/19 |            |            | 0,39        |
| Atualização (SPM-NF 006297580 - 17/08/19 |            |            | 0,35        |
| TOTAL DA FATURA                          |            |            | 53,24       |

| INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS |   |                  |                 |        |                  |                 |      |
|-------------------------|---|------------------|-----------------|--------|------------------|-----------------|------|
| ICMS                    |   | PIS              |                 | COFINS |                  |                 |      |
| BASE DE CÁLCULO         | % | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | %      | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | %    |
| 0,00                    |   | 0,00             | 39,60           | 0,74   | 0,29             | 39,60           | 3,42 |
|                         |   |                  |                 |        |                  |                 | 1,35 |

| DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES                                                                          |          |               |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------|-------------|
| DESCRIÇÃO                                                                                                      | CONJUNTO | VALOR APURADO | META MENSAL |
| Jun/2019                                                                                                       |          |               |             |
| DIC-Medida hora sem Energia                                                                                    | PAUDALHO | 0,00          | 10,57       |
| PIC-Medida hora sem Energia                                                                                    |          | 0,00          | 7,57        |
| DIC-Duração máxima de Interrupção contínua                                                                     |          | 0,00          | 5,88        |
| Limite DICR: 16,53                                                                                             |          |               |             |
| EURO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 18,71                                                                       |          |               |             |
| Tudo Demonstrativo pode sofrer alterações a partir da data de emissão DIC, Fic. Delineamento a qualquer tempo. |          |               |             |

| EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE. |          |       |
|----------------------------------------------------|----------|-------|
| Vencido                                            | Di Resto | Valor |
| 23/07/19                                           | 19/08/19 | 60,40 |
|                                                    |          |       |

Este demonstrativo NÃO substitui o envio do débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por falta de pagamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também incidir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 10 REN 414/AnexII. Poderão ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de inadimplência de crédito SPC e SERASA.

| Tarifas Aplicadas                         |            | HISTÓRICO DO CONSUMO |  |
|-------------------------------------------|------------|----------------------|--|
| Consumo Ativo até 30 kWh:                 | 0,19124008 | AGO 19               |  |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh:  | 0,32784015 | JUL 19               |  |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh: | 0,49176022 | JUN 19               |  |
|                                           |            | MAI 19               |  |
|                                           |            | ABR 19               |  |
|                                           |            | MAR 19               |  |
|                                           |            | FEB 19               |  |
|                                           |            | JAN 19               |  |
|                                           |            | DEZ 18               |  |
|                                           |            | NOV 18               |  |
|                                           |            | OCT 18               |  |
|                                           |            | SET 18               |  |
|                                           |            | AGO 18               |  |

| COMPOSIÇÃO DO CONSUMO |            |
|-----------------------|------------|
| R\$                   | %          |
| Geração de Energia    | 19,33 48,2 |
| Transmissão           | 1,34 4,0   |
| Distribuição (Cabo)   | 11,62 30,6 |
| Encargos Especiais    | 1,65 2,0   |
| Tributos              | 1,64 4,14  |
| Perdas de Energia     | 3,78 9,3   |
| TOTAL                 | 39,60 100  |

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

| NÚMERO DO MEDIDOR  | TIPO DA FASE | ANTERIOR   |          | ATUAL      |          | Nº DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh |
|--------------------|--------------|------------|----------|------------|----------|---------|-----------|--------|-------------|
|                    |              | DATA       | LEITURA  | DATA       | LEITURA  |         |           |        |             |
| 000390083170294726 | CAT          | 19/07/2019 | 2.505,00 | 19/08/2019 | 2.724,00 | 32      | 1,00000   | 0,00   | 119,00      |

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 17/09/2019

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**  
Pague no boleto mais perto de Você! Intencionalmente adivida-se e adiva centro / polígrafo comunicando de acordo com o regulamento em vigor em [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br).  
Na data da leitura a Bandeira em vigor é a Vermelha. 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% (R\$414/ANEEL), Juros 1% (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.  
Isenção do ICMS conforme art. 3, X, VII, e, 2.2.2, do RICMS-PE.  
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica citada pela Lei 10.438 de 26/04/02 - R\$ 31,67.  
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 dias da faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorreu a suspensão.

**NÍVEIS DE TENSÃO**

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

**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

DESTAQUE AQUI

| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | TOTAL A PAGAR(R\$) | VENCIMENTO | TALÃO DE PAGAMENTO                                                                   |
|----------------|---------|--------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 007026223177   | 08/2019 | 0,00               | 26/08/2019 | Evite dobrar, perfurar ou rasurar.<br>Este canhoto será usado em leitura por leitora |

FATURA PAGA: AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

**ARUANA SERRAVALLO**





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central do Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### 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 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Manoel Antonio de Almeida  
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 919.419.384, 34 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Jaqueline Bernando da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 070.112.874-77  
do sinistro de DPVAT cobertura imobiliz da vítima Jaqueline Bernando da Silva  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 070.112.874, 77, 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>do primone</u>                | Número: <u>56</u>       | Complemento: <u>casa</u>          |
| Bairro: <u>primone</u>                     | Cidade: <u>Paudalho</u> | Estado: <u>PE</u>                 |
| E-mail: <u>manoelfutase@50@hotmail.com</u> | CEP: <u>55.825-000</u>  | Tel. (DDD): <u>1819.9253-2984</u> |

Local e Data:

Paudalho 31/12/2019

Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017



**BOLETIM DE EMERGÊNCIA**

No. Ocorrência: 0061861

Prontuário: 00011333-6

Idade: 32 ANOS, 7 MESES E 27 DIAS

Nome: JAQUELINE BERNARDO DA SILVA

Dt. Naso.: 10/02/1987 Sexo: M Est. Civil: CASADO

Endereço: RUA 01, Nº 6

CEP:

Cidade: CARPINA/PE

Bairro: SANTO ANTONIO

Nac: BRASIL

Documento:

CNS: 706204501756561

Sis prenatal:

Tel.:

Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA

Pai:

Profissão:

Responsável: A MESMA

**Últimas Ocorrências**

| Data             | Nº Ocorrência | Motivo do atendimento      |
|------------------|---------------|----------------------------|
| 07/10/2019 07:45 | 0061861       | TORÇÃO NO PÉ               |
| 05/04/2019 15:50 | 0014719       | DESMALHO EM POSTO DE SAÚDE |

**PRE-CONSULTA**

Urgência ( ) Não Urgência ( ) Emergência ( ) Acidente Trabalho ( ) Acidente Trânsito ( )

| Horário | P.A. | Pulso | Peso | Assinatura |
|---------|------|-------|------|------------|
|         |      |       |      |            |

**Queixas / Diagnóstico**

Dores no tornozelo e  
 na base do pé direito  
 há 10 dias.  
 Tornozelo e pé direito

**Tratamento**

Curativo  
 Físio-terapia  
 8-30  
 Adriano Gomes  
 COREN-PE 6303051E  
 PA-10047

**Exames complementares****Impressão diagnóstica**

CID

**Motivo da saída:**Residência ☐ Internado ☐**Justificativa:****Encaminhado:****Removido:****Óbito:**

às \_\_\_\_ h \_\_\_\_ m do dia \_\_\_\_

**Data saída:****Hora saída:**

|                                                                                                                                                                                                                             |                    |                                                                                                                                |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> CURATIVO<br><input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO                                                                                                                                                   |                    | ADM MEDICAMENTO:<br><input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP<br><input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO | TÉCNICO / COREN |
| Consultas / Atendimento Médico:<br><input type="checkbox"/> urgência básica <input type="checkbox"/> urgência especializada<br><input type="checkbox"/> observação básica <input type="checkbox"/> observação especializada |                    | MÉDICO / CRM<br>Dr. Antonio da Silva<br>CRM-PE 6303051E<br>HORÁRIO:                                                            |                 |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO                                                                                                                                                                                                      | TÉCNICO / CONSELHO | HORÁRIO                                                                                                                        |                 |
|                                                                                                                                                                                                                             |                    |                                                                                                                                |                 |
|                                                                                                                                                                                                                             |                    |                                                                                                                                |                 |
|                                                                                                                                                                                                                             |                    |                                                                                                                                |                 |

Data da impressão: Segunda-feira, 07 de Outubro de 2019 às 07:45

Recepcionista: JOSEANE



Paciente de natureza civil

Terço de (puno) 0

Enc. p/ Batepneia

LPI UPA São (Gurupi)

  
Dr. Gustavo Henrique B. Almeida  
Médico  
CRM 15518



Atendimento: 1063920

Senha da Classificação:

**0081**

Data e Hora: 07/10/2019 10:07

Especialidade:

Paciente: 319888 JAQUELINE BERNARDO DA SILVA

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 10/02/1987 Idade: 32 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - ORTOPEDISTA

CRM: 693

Endereço: RUA UM

6

Bairro: SANTO ANTONIO

Cidade/UF: CARPINA

PE

Cep: 55816670

Usuário Atendimento: ALEXSS

RG (Identidade): 7.768.383

SDS PE

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 89186899

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: 10:07

Queixa Principal

Acidose com náusea e vômito

Exame Físico

boa + mobilização R. B. U. A.

Hipótese Diagnóstico

Infusão de meprobamato

Conduta Terapêutica

TRATAMENTO R-X

Prescrição Médica

Diluir 1ml de  
diprônio 10-2mg + 30 ml 6/6h  
7 dias

Geane R. do Carmo  
Téc. Linc. Linc. Ortopedista  
ASTECO / PE

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Transferido:

Para: Dr. Marcelo Correia

Transferido de: Unidade de Pronto Atendimento

5787862

Senha:

Carimbo/Médico

Usuário Triagem:

**ATESTADO**

( ) SIM ( ) NÃO ( ) DIAS



1063920



GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

NOME: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR IDADE: 37

REGISTRO: 1063920 DATA: 07/10/19

HDA: unidade de pronto atendimento de São Lourenço com  
uma sala de espera

EX. FÍSICO: 600 MA

EX. COMPLEMENTARES: N

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

1. Infarto do miocárdio anterior
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

CONDUTA ADOTADA NO ATENDIMENTO INICIAL: paciente em

SENHA: 5737867 DESTINO: NOF

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM ( )

NÃO ( )

JUSTIFICATIVA: \_\_\_\_\_

HORA DA SOLICITAÇÃO: \_\_\_\_\_ MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

HORA DA SAÍDA: \_\_\_\_\_ MÉDICO DA LIBERAÇÃO: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO DA LIBERAÇÃO: \_\_\_\_\_

Dr. Manoel Corrêa  
Tecnólogo em Diagnóstico  
CRM: 195.47



**HOSPITAL ARMINDO MOURA**  
**PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente**

Emissão: 06/11/2019 11:29

Atendimento: 326715 Entrada: 08/10/2019 Hora: 14:29  
Plano: SUS - ELETIVAS  
Responsável:  
Médico Resp: RENATO BELLO COSTA

Saída: 10/10/2019 Hora: 16:04  
Matrícula:  
Identidade:  
C.N.S.: 706204501756561

Paciente: 1625614 JAQUELINE BERNARDO DA SILVA  
Nascimento: 10/02/1987 (32 Anos e 8 Meses)  
Endereço: RUA UM  
Bairro: SAO ANTONIO C.E.P.: 55810-000  
Cidade: 2604007 CARPINA  
Pai: SEVERINO BERNARDO DA SILVA  
Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA  
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA  
Estado Civil: CASADO  
C.P.F.: 07011287477  
Identidade: 7768363 - SDS - PE  
Telefone: 7989186899  
G.Instrução:  
Ocupação: DO LAR  
Naturalidade: CARPINA

**ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA**

Presc Em: 09/10/2019 - 12:06

AVALIAÇÃO (Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO CRM 10591)

**DESCRIÇÃO CIRÚRGICA**

**Equipe:**

Cirurgião: TARCISIO LYRA DE BRITO - CRM : 10591

Aux 1: SILVIO JOHNSON

Anestesista: ELIVELTON

Instrumentador: EDER

**Diagnóstico Pré-Operatório**

FRATURA DE TORNOZELO - MALÉOLO LATERAL DIR(W.B)

**Cirurgia Realizada**

1. OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE TORNOZELO

**Diagnóstico Pós-Operatório**

O mesmo

**Acidentes**

Não houve

**Descrição**

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA

ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIR

ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA MID

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

INCISÃO LONGITUDINAL EM REGIÃO LATERAL DE TORNOZELO COM ABERTURA POR PLANOS E HEMOSTASIA

IDENTIFICAÇÃO DE FOCO FRATURÁRIO COM LIMPEZA E RETIRA DE TECIDO DE INTERPOSIÇÃO

REDUÇÃO DE FRATURA, O MAIS ANATÔMICO POSSÍVEL, FIXAÇÃO MEDIANTE 01 (UM) PARAFUSO DE COMPRESSÃO, 01 (UMA) PLACA TERÇO TUBULAR, 3,5MM, DE NEUTRALIZAÇÃO COM 6 FUROS, \_\_2+3\_\_

PARAFUSOS CORTICAIS E TESTE DE COTTON NEGATIVO

LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%

SÍNTESE POR PLANOS COM VICRYL E NYLON

USADA FLUOROSCOPIA

CURATIVO OCLUSIVO

Hospital Memorial Armindo Moura

SABAE

Serviço de Arquivo Médico e Estatística

Fone: (81) 3666-2013

Av. Celso Bampi, 674 - Moreno - PE

Página 1 de 2



SOLTURA DO GARROTE+TALA BOTA

Materials Prosmed

PLACA TERÇO TUBULAR - 01 UNIDADE

PARAFUSO CORTICAL - 06 UNIDADES

Hospital Memorial - João de Moura  
S.A.M.M.  
Serviço de Arquivo Médico e Estatístico  
Fone: (81) 3535-2013  
Av. Cleto Campelo, S/N - Moreno-PE

Página 2 de 2



# HOSPITAL ARMINDO MOURA

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 09/10/2019 09:31

Atendimento: 326715 Entrada: 08/10/2019 Hora: 14:29  
Acomodação: LEITO 03  
Plano: SUS - ELETIVAS  
Responsável:  
Médico Resp: RENATO BELLO COSTA

Enfermaria: ENFERMARIA 13  
Permanência: 0 Dia(s), 18 horas  
Matrícula:  
Identidade:  
C.N.S.: 706204501756561

Paciente: 1625814 JAQUELINE BERNARDO DA SILVA  
Nascimento: 10/02/1987 (32 Anos e 7 Meses)  
Endereço: RUA UM  
Bairro: SAO ANTONIO C.E.P.: 55810-000  
Cidade: 2604007 CARPINA  
Pai: SEVERINO BERNARDO DA SILVA  
Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA  
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA  
Estado Civil: CASADO  
C.P.F.: 07011287477  
Identidade: 7768363 - SDS - PE  
Telefone: / 989186899  
G.Instrução:  
Ocupação: DO LAR  
Naturalidade: CARPINA

## ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 08/10/2019 17:54

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. RENATO BELLO COSTA CRM 17755)

Queixa do paciente:

PACIENTE TRAZIDA DO HOF COM FRATURA DE TORNOZELO DIREITO APOS ACIDENTE DE MOTO HA 2 DIAS

ALERGIA: HAS, DM

Exame físico:

DOR + EDEMA EM TNZ

Hipótese diagnóstica:

FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

Prescrição/Conduta: INTERNAMENTO

|      | Horario/Checkagem |
|------|-------------------|
| 01 - |                   |
| 02 - |                   |
| 03 - |                   |
| 04 - |                   |

Reavaliação:

Materials Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

Hospital Arminho  
Serviço de  
Fonema  
Av. Cleto C. S.  
13  
RPE





**Armino Moura**  
HOSPITAL GERAL

Nome: **JAQUELINE BERNARDO DA SILVA** (1625614)

Admissão: 326715

Procedência: **ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)**

Enfermaria:

Leito: **LEITO 03**

Unidade de Internação: **013 - Ortopedia/Traumatologia**

Data: / /

**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MEDICO**

HD:

CID: <<S826>> **FRATURA DE MALEOLO LATERAL DIR(W.B)**

**CIRURGIA REALIZADA:**

Admitido no dia 08/10/2019, sendo submetido a tratamento ortopédico em 09/10/2019.

**TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TORNOZELO**

**MÉDICO CIRURGIÃO:**

**Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO**

**ORIENTAÇÕES:**

- 1- **CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;**
- 2 - **DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6H EM 6H POR 5 (CINCO) DIAS - SE DOR;**
- 3 - **REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; RETIRAR PONTOS COM 15 (QUINZE) DIAS;**
- 4 - **RETORNAR DIA 09/11/19 AS 10 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO;**
- 5 - **NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 90 (NOVENTA) DIAS.**

**ATENÇÃO: QUAL QUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.**

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 09/10/2019 às 12:10

**Dr. Tarcisio Lyra**  
Ortopedia-Traumatologia  
CRM/PE - 10.591

**Dr. (a) TARCISIO LYRA DE BRITO**

CRM:



|                                                                                   |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS</b><br><b>1679933540</b>              |                                                    |
| <b>JOSELEINE BERNARDO DA SILVA</b>                                                |                                                    |
|  | DOC. DE IDENTIFICACAO: 7706393.822 PM              |
|                                                                                   | CPF: 070.112.874-77 DATA DE EMISSAO: 10/02/1987    |
|                                                                                   | PRACACAO:                                          |
|                                                                                   | SEVERINO BERNARDO DA SILVA<br>MARIA LUCIA DA SILVA |
| IDENTIFICACAO:                                                                    | SEX: F<br>RA: B                                    |
| Nº REGISTRO: 05006362821                                                          | VALIDADE: 15/08/2023                               |
| DATA DE EMISSAO: 11/08/2010                                                       |                                                    |
| GOVERNADOR:                                                                       |                                                    |
|  |                                                    |
| LOCAL: CARPES, PE                                                                 | DATA DE EMISSAO: 15/08/2018                        |
| SEVERINO BERNARDO DA SILVA<br>SECRETARIO DE ESTADO                                |                                                    |
| 1679933540                                                                        | 8809713304<br>08057568298                          |
| <b>PERNAMBUCO</b>                                                                 |                                                    |



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/12/2020 15:20:46  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120815204605900000070791711>  
 Número do documento: 20120815204605900000070791711

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/12/2020 15:20:46  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120815204605900000070791711>  
 Número do documento: 20120815204605900000070791711

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200010624 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JAQUELINE BERNARDO DA SILVA **Data do acidente:** 06/10/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE MALÉOLO LATERAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA.  
P 5.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE TORNOZELO DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                  | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um<br>tornozelo | 25 %                                            | Em grau médio - 50 %                                          | 12,5%     | R\$ 1.687,50             |
| Total                                           |                                                 |                                                               | 12,5 %    | R\$ 1.687,50             |





## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

## INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Jaqueline Fernando da Silva  
DATA DO ACIDENTE 06/10/19 CPF DA VÍTIMA 010.112.874-77  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO DO PORTADOR LO PRIMAVERA  
Nº 05 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO PRIMAVERA  
CIDADE PAUDALHO UF PE CEP 55825-000  
E-MAIL marcosfeitosas25@hotmail.com TELEFONE (81) 99534-7825

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
( ) PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
( ) PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA 08/01/2020  
IDENTIDADE 9250694  
ASSINATURA [Assinatura]

## RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA 08/01/2020  
NOME Aluano R. de S. Barros  
ASSINATURA [Assinatura]



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

*Sinistro*  
32000-40624.  
Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009661/20

Vítima: JAQUELINE BERNARDO DA SILVA

CPF: 070.112.874-77

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/10/2019

Titular do CPF: JAQUELINE BERNARDO  
DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA : 919.419.384-34

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

#### JAQUELINE BERNARDO DA SILVA : 070.112.874-77

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](http://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: 08/01/2020  
Nome: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA  
CPF: 919.419.384-34

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020  
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges  
CPF: 077.643.254-06

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges



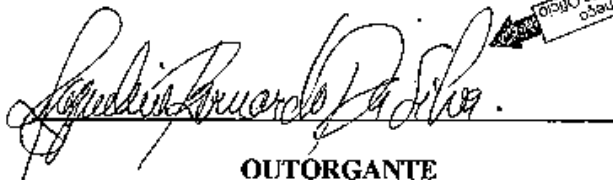
## PROCURAÇÃO

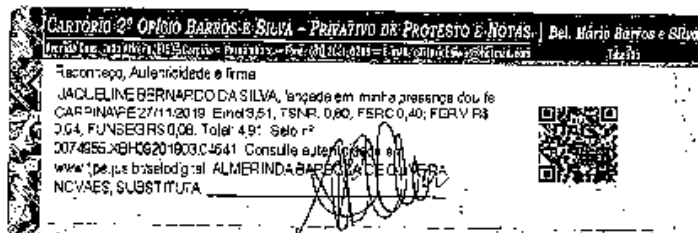
**OUTORGANTE:** JACQUELINE BERNARDO DA SILVA, Brasileiro (a), portador(a) do RG nº 776863, PE inscrito(a) no CPF sob nº 07011121874-97 Residente na UM Rua Nº 6-C, Bairro LOTTO JUNTADO 905º, Município de CAUJINHA -PE,

**OUTORGADO:** **MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA**, Brasileiro, Portador do RG: **4.250.694**, SSP/PE, Inscrito no CPF sob o nº 919.419.384-34, Residente na rua Lo. Primavera, Primavera, Paudalho-PE

**PODERES:** Pelo Presente Instrumento Particular de Mandato o(a) OUTORGANTE acima qualificado(a), nomeia e constitui seu Bastante procurador o OUTORGADO, para Representa-la Perante as SEGURADORAS que Constitui o CONSORCIO DO SEGURO DPVAT, na cobertura: DANS, Vítima de acidente de trânsito no dia 06/10/2019. Podendo para este fins prestar declarações, apresentar documentos Particulares, preencher Formulários constando dados Particulares do OUTORGANTE, Solicitar pericias, pegar cópia de BOLETIM DE OCORRÊNCIA, em quaisquer Delegacias deste Estado de Pernambuco, Solicitar e pegar BOLETIM DE OCORRÊNCIA da POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO, Solicitar e pegar cópia de prontuário médico, também solicitar e pegar ficha de esclarecimento ou boletim de emergência em quaisquer Hospital Particular, Municipal, Estadual, Federal, Solicitar e pegar BOLETIM DE OCORRÊNCIA, em quaisquer posto da POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL, Solicitar e pegar declaração junto ao SAMU e ao CORPO DE BOMBEIROS, em fim tudo o mas necessário para o bom e fiel desempenho do presente mandato.

Caujinha 27/11/2019

  
OUTORGANTE



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009661/20

**Vítima:** JAQUELINE BERNARDO DA SILVA

**CPF:** 070.112.874-77

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 06/10/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JAQUELINE BERNARDO DA SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA : 919.419.384-34

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

#### JAQUELINE BERNARDO DA SILVA : 070.112.874-77

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](http://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: 08/01/2020  
Nome: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA  
CPF: 919.419.384-34

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020  
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges  
CPF: 077.643.254-06

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

