



Número: **0063634-35.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 19ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **06/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS (AUTOR)	CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72337 052	10/12/2020 15:38	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200344071 **Vítima: RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS**

Data do Acidente: 18/06/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RICARDO FRANCISCO DOS 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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 09 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200344071 **Vítima: RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS**

Data do Acidente: 18/06/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RICARDO FRANCISCO DOS 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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =

R\$ 1.350,00

Recebedor: RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000003017

Conta: 0000075070-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do Sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

026 639 074-99

4 - Nome completo da vítima:

Ricardo Francisco dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Ricardo Francisco dos Santos

6 - CPF:

026

639 074-99

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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:

RÉCUSO INFORMAR
SEM RENDA R\$1,00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

3017

CONTA:

75070

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 (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 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

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

 Sim Não

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

INSCRIÇÃO
digital na
área de
assinatura
eletrônica

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: São Lourenço do Molê 17 de Setembro 2020

Ricardo Francisco dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 038ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO LOURENÇO DA MATA -
DP38ªCIRC DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 20E0128001188

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/06/2020** às 14:41

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **18/6/2020** às 09:40

Fato ocorrido no endereço: **SAO LOURENCO DA MATA, 01, AV. PRINCIPAL, CABIBARIBE, PROX AO POSTO IPIRANGA** - Bairro: **CENTRO - SAO LOURENÇO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **54735-784**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INDIVIDUO (AUTOR / AGENTE)
MARTA MARIA DO NASCIMENTO FERREIRA DOS SANTOS (NOTICIANTE)
RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): INDIVIDUO
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): RICARDO
FRANCISCO DOS SANTOS

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

MARTA MARIA DO NASCIMENTO FERREIRA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Feminino
Mãe: **SEVERINA ANA DO NASCIMENTO FERREIRA** Pai: **JOSE DE MELO FERREIRA** Data de Nascimento: 22/6/1978
Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6227388/SDS/PE (RG) Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SAO LOURENÇO DA MATA, 01, RUA PEDRO ALVARES CABRAL, 100, PENEDO.** - CEP: **55000-000** - Bairro: **CENTRO - SAO LOURENÇO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mts: **MARIA SOCORRO SILVA DOS SANTOS** Pts: **SEVERINO FRANCISCO DOS SANTOS** Data de Nascimento: 4/11/1977
Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SAO LOURENÇO DA MATA, 01, RUA PEDRO ALVARES CABRAL, 100, PENEDO.** - CEP: **55000-000** - Bairro: **CENTRO - SAO LOURENÇO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEÍCULO 01 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS**



Bulletin de Géométrie

Num. 72337052 - Pág. 5

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/12/2020 15:38:37
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121015383694100000070915942>
Número do documento: 20121015383694100000070915942





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do Sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

026 639 074-99

4 - Nome completo da vítima:

Ricardo Francisco dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Ricardo Francisco dos Santos

6 - CPF:

026

639 074-99

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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:

RÉCUSO INFORMAR
SEM RENDA R\$1,00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anexar uma cópia) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

3017

CONTA:

75070

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

[Inserir 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 (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 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

tem filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (ai nascituro)?

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

importante

digitar ou

assinar na

assinatura

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: São Lourenço do Molê 17 de Setembro 2020

Ricardo Francisco dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

C E R T I D Ã O

Certidão nº 2020APH000291 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). MARTA MARIA DO NASCIMENTO FERREIRA, 42 anos, BRASILEIRA(a), CASADO(a), RG nº 6227388 SDSPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 038.664.094-78, residente à RUA PEDRO ALVES CABRAL, nº 100, , PENEDO, SAO LOURENÇO DA MATA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 18/06/2020, por volta das 10:00 hs, no endereço: AV DR BELMIRO CORREIA, XXX, CAPIBARIBE SÃO LOURENÇO DA MATA-PE, referente a um(a) COLISÃO ENTRE VEÍCULOS, envolvendo ONIX, PRATA, PGZ 5478 PE; HONDA FAN, ROXA, PFA 3202 PE; , no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(a) RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS, inscrito sob o CPF nº 026.639.074-99 e Registro Geral nº 5368154, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT BM 940464-3 GEORGE. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. Registrado(a) com o prontuário nº 1723825. Ficou aos cuidados do médico PAULO M. DE BARROS, registro 23303. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 24/09/2020

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site
<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2020APH000291*

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/12/2020 15:38:37
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121015383694100000070915942>
Número do documento: 20121015383694100000070915942

Num. 72337052 - Pág. 7

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03017

CONTA: 000000075070-3

Nr. da Autenticação A96B854040D25497



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/12/2020 15:38:37
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121015383694100000070915942>
Número do documento: 20121015383694100000070915942

Num. 72337052 - Pág. 8

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

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



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

DADOS DO CLIENTE

RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS
PXA COLEGIO CLODOALDO GOMES
CPF: 026.639.074-99

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PEDRO ALVARES CABRAL 100

PENEDO DE CIMA/SAO LOURENCO DA MATA
54715-020 SAO LOURENCO DA MATA PE

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

DATA DE VENCIMENTO
15/09/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
08/09/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO
08/09/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL
123078176

CONTA CONTRATO
004002018530

Nº DO CLIENTE
2001626303

Nº DA INSTALAÇÃO
0003634759

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

5B90.27CE.7097.D086.8CCA.E8E5.8A1F.8A75

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	143,00	0,46868745	67,02
Consumo Ativo(kWh)-TE	143,00	0,36429296	52,09
Contrib. Ilum. Pública Municipal			17,41
ICMS Subvenção-CDE-NF 115173092-07/07/20			0,99
Multa por atraso-NF 118994155 - 07/08/20			2,13
Juros por atraso-NF 118994155 - 07/08/20			0,53
Atualização IGPM-NF 118994155 - 07/08/20			1,51
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8989			0,98
TOTAL DA FATURA			142,66

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO
119,11	25,00	29,77	119,11	1,06	1,26
			119,11	4,99	5,94

Tarifas Aplicadas

HISTÓRICO DO CONSUMO		kWh
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,32316000	
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25118000	
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
R\$ %		
Geração de Energia	36,40	30,56
Transmissão	5,16	4,33
Distribuição (Celpe)	26,81	22,51
Encargos Setoriais	5,17	4,34
Tributos	36,96	31,03
Perdas de Energia	8,61	7,23
TOTAL	119,11	100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

Descrição	Conjunto	Valor Apurado	Meta Mensal	Meta Trim.	Meta Anual		
jul/2020							
DIC-No.de horas sem Energia	TABATINGA	0,00	5,67	11,34	22,69		
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20		
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,29	0,00	0,00		
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DICRI: 12,22			
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 46,21							
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.							

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! credimoveis: rua doutor luis correia de araujo 106 centro / o armazem: r. dr. pedro augusto correia de araujo 96 centroLista completa em www.celpe.com.br."
Na data de leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.
Acesse www.celpe.com.br e confira nosso Aviso de Privacidade.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
004002018530	09/2020	0,00	15/09/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS	PRONTUÁRIO: 1723652	ATENDIMENTO: 01582264
DATA DE NASCIMENTO: 04/11/1977	FOI ATENDIDO EM: 18/06/2020 ÀS 10:44	DATA DA ALTA: 21/06/2020 ÀS 09:18

Diagnóstico Provável:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CURSANDO COM FRACTURA CZO BILATERAL, OPN, MAXILA, BLOW OUT (E).
CID: S02.5
PACIENTE NECESSITA DE 30 (TRINTA) DIAS DE REPOSO DOMICILIAR.

Tratamento Realizado:

- 1) NO DIA 18/06/2020 REALIZADO POR DR. MAXSUEL, LIMPEZA - SUTURA DE FERIMENTO EXTEÑO EM FACE.
- 2) NO DIA 19/06/2020 REALIZADO POR DRA. ANA BEATRIZ, INSTALAÇÃO DE BARRA DE BRACH SEMAXILAR + REDUÇÃO INCRUENTA DE OPN + TNA.
- 3) NO DIA 21/06/2020 REALIZADO POR DR. MAXSUEL, REMOÇÃO DE TNA + BHM.

Observação:

- 1) DIRENTO DIETA LIQUIDA/ PASTOSA
- 2) DIRENTO HIGIENE ORAL
- 3) DIRENTO CUIDADOS DOMICILIARES
- 4) PRESORVÓ

Encaminhado para:

RETORNAR AO AMBULATÓRIO DR. DIRceu NO DIA 21/07/2020 ÀS 07:00.
FAZER MARCAÇÃO COM ANTECEDÊNCIA (ACEITO ENCAIXE).
TRAZER TODOS OS EXAMES.

MAXSUEL EICZORRA TEA STAVA CRM: Nº 5692020

Recife, 21 JUNHO 2020

ATENÇÃO:

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Consulado do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/05/20 do Ministério Pùblico do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/12/2020 15:38:37
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121015383694100000070915942>
Número do documento: 20121015383694100000070915942

Num. 72337052 - Pág. 11

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima:

Raquel Francisco dos Santos
Data do Acidente: **18.06.2020** CPF da vítima: **026.639.014-99**

Portador da documentação:

Qualificação do Portador: Vítima Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:

Endereço do portador:

Número:

Complemento:

Cidade: **Baixo** Bairro:

Estado:

UF:

CEP:

Telefone: ()

E-mail:

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- Formulário de Pedido do Seguro DPVAT.
- Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples 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)
- Láudo do IML (cópia simples e legível)
- Declaração de Ausência de Láudo do IML, apresenta no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

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)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (páis ou tutor)**
- Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

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)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (páis ou tutor)**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- 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 a seguir, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:

Identidade:

Assinatura:

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data: **20/06/2020** 17 de junho de 2020

Nome: **Raquel Francisco dos Santos**

Assinatura:

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271444/20

Vítima: RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS

CPF: 026.639.074-99

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/06/2020

Titular do CPF: RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS

Seguradora: INVESTITPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS : 026.639.074-99

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: 24/09/2020
Nome: RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS
CPF: 026.639.074-99

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS

RAIANNE SILVA BARBOSA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200344071 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS **Data do acidente:** 18/06/2020 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO BILATERAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. PÁG 1

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

