
Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200057515

Vítima: MAURICELIA DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 10/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAURICELIA DA SILVA SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200057515

Vítima: MAURICELIA DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 10/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAURICELIA DA SILVA SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MAURICELIA DA SILVA SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001911

Conta: 0000055065-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 050.340.944-08 Nome completo da vítima: Mauricélia da Silva Santos

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

Nome completo: Mauricélia da Silva Santos CPF: 050.340.944-08
Profissão: Faxineira Endereço: Rua Ricardo Leal Número: 54 Complemento: Casa
Bairro: Sesi Cidade: Bayeux Estado: PB CEP: 58.305-000
E-mail: paola.angela.lins@gmail.com Tel. (DDD): _____

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4934 CONTA: 00055065 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Local e Data: João Pessoa, 29/05/2019
Nome: Mauricélia da Silva Santos
CPF: 050.340.944-08

(*) Assinatura de quem assina A RDO
Mauricélia da Silva Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: Paula Ângela M. Lins
CPF: 024.922.114-96
Paula A. Lins
Assinatura

2ª Nome: Maria das Graças A. Lins
CPF: 098.417.414-15
Maria das Graças A. Lins
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RDO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou AGI:

3 - CPF da vítima:

010.340.944-08

4 - Nome completo da vítima:

MAURICÉLIA DA SILVA SANTOS

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

5 - Nome completo:

MAURICÉLIA DA SILVA SANTOS

6 - CPF:

010.340.944-08

7 - Profissão:

Receita Informar

8 - Endereço:

RICARDO LAUREIRO CAVALCANTI

9 - Número:

54

10 - Complemento:

-

11 - Bairro:

SESI

12 - Cidade:

BAJEUX

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

58305-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):
(85) 92921-9283

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.000,00 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:

191

CONTA:

55005

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (parnasor)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou par/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

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

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

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

38 - 38 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 39 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 04.01.2020

Mauricélia da Silva Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

44 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00018.01.2019.1.04.005



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00018.01.2019.1.04.005, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:42 horas do dia 13 de novembro de 2019, na cidade de Bayeux, no estado da Paraíba, e nesta 5ª Delegacia Distrital de Bayeux, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Pedro Martins dos Santos, matrícula 1332198, e lavrado por Josenildo de Lima Cardoso, Escrivão de Polícia Civil, matrícula 1356623, ao final assinado, compareceu **Mauricélia da Silva Santos**, CPF nº 010.340.944-08, RG nº 2659895 SSDS/PB, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), profissão Autônoma, filho(a) de Maria das Graças da Silva e Moacir Ribeiro da Silva, nascido(a) em 17/04/1977 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Ricardo Loureiro Cavalcante, Nº 54, complemento casa, bairro Sesi, tendo como ponto de referência Após o Mercadinho José Lira, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98844-2432.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo a Sua Casa., Próximo Ao Mercadinho José Lira., Bayeux/PB, bairro Sesi; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 10/05/19 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

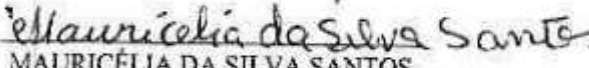
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Por volta das 06h30min., do dia 10.05.2019, estava como carona na MOTO marca HONDA/NXR150 BROS ES, cor preta, ano e modelo 2012/2012, placa QEW-5265/PB, chassi nº 9C2KD0550CR588224, em nome de MOACIR RIBEIRO DA SILVA, sendo conduzida pelo seu genitor, quando trafegavam pela Travessa José Pereira de Andrade, bairro do Sesi, Bayeux-PB, um veículo e condutor não identificado fez uma ultrapassagem forçada, ocasião em que o seu pai que conduzia a moto, desviou e perdeu o controle da MOTO, tendo caído com a notificante e do resultado a notificante foi acidentada; QUE, a notificante foi socorrida numa ambulância do SAMU, dando entrada no COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY DA CAPITAL, no que foi submetida a avaliação médica e cirurgia; QUE a notificante registra este BO a fim de dar entrada no SEGURO DPVAT.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

Bayeux/PB, 13 de novembro de 2019.


JOSENILDO DE LIMA CARDOSO
Escrivão de Polícia Civil


MAURICÉLIA DA SILVA SANTOS
Noticiante



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00018.01.2019.1.04.005



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00018.01.2019.1.04.005, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:42 horas do dia 13 de novembro de 2019, na cidade de Bayeux, no estado da Paraíba, e nesta 5ª Delegacia Distrital de Bayeux, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Pedro Martins dos Santos, matrícula 1332198, e lavrado por Josenildo de Lima Cardoso, Escrivão de Polícia Civil, matrícula 1356623, ao final assinado, compareceu **Mauricélia da Silva Santos**, CPF nº 010.340.944-08, RG nº 2659895 SSDS/PB, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), profissão Autônoma, filho(a) de Maria das Graças da Silva e Moacir Ribeiro da Silva, nascido(a) em 17/04/1977 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Ricardo Loureiro Cavalcante, Nº 54, complemento casa, bairro Sesi, tendo como ponto de referência Após o Mercadinho José Lira, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98844-2432.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo a Sua Casa., Próximo Ao Mercadinho José Lira., Bayeux/PB, bairro Sesi; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 10/05/19 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

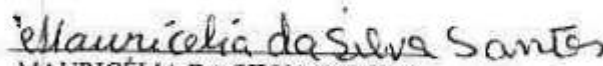
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Por volta das 06h30min., do dia 10.05.2019, estava como carona na MOTO marca HONDA/NXR150 BROS ES, cor preta, ano e modelo 2012/2012, placa QEW-5265/PB, chassi nº 9C2KD0550CR588224, em nome de MOACIR RIBEIRO DA SILVA, sendo conduzida pelo seu genitor, quando trafegavam pela Travessa José Pereira de Andrade, bairro do Sesi, Bayeux-PB, um veículo e condutor não identificado fez uma ultrapassagem forçada, ocasião em que o seu pai que conduzia a moto, desviou e perdeu o controle da MOTO, tendo caído com a notificante e do resultado a notificante foi acidentada; QUE, a notificante foi socorrida numa ambulância do SAMU, dando entrada no COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY DA CAPITAL, no que foi submetida a avaliação médica e cirurgia; QUE a notificante registra este BO a fim de dar entrada no SEGURO DPVAT.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

Bayeux/PB, 13 de novembro de 2019.


JOSENILDO DE LIMA CARDOSO
Escrivão de Polícia Civil


MAURICÉLIA DA SILVA SANTOS
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 050.340.944-08 Nome completo da vítima: Mauricélia da Silva Santos

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

Nome completo: Mauricélia da Silva Santos CPF: 050.340.944-08
Profissão: Faxineira Endereço: Rua Ricardo Leal Número: 54 Complemento: Casa
Bairro: Sesi Cidade: Bayeux Estado: PB CEP: 58.305-000
E-mail: paola.angela.lins@gmail.com Tel. (DDD): _____

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4934 CONTA: 00055065 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: João Pessoa, 29/05/2019
Nome: Mauricélia da Silva Santos
CPF: 050.340.944-08

(*) Assinatura de quem assina A RDO
Mauricélia da Silva Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Paula Ângela M. Lins
CPF: 024.922.114-96
Paula A. Lins
Assinatura

2ª Nome: Maria das Graças A. Lins
CPF: 098.417.414-15
Maria das Graças A. Lins
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RDO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 050.340.944-08 Nome completo da vítima: Mauricélia da Silva Santos

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

Nome completo: Mauricélia da Silva Santos CPF: 050.340.944-08

Profissão: Faxineira Endereço: Rua Ricardo Leal Número: 54 Complemento: Casa

Bairro: Sesi Cidade: Bayeux Estado: PB CEP: 58.305-000

E-mail: paula.angela.lins@gmail.com Tel.(DDD): 83 98844-2432

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

REND MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: 4934 CONTA: 00055065 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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data, João Pessoa, 29/05/2019

Nome: Mauricélia da Silva Santos

CPF: 050.340.944-08

(*) Assinatura de quem assina A RDO

Mauricélia da Silva Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Paula Angela M. Lins

CPF: 034.922.114-96

Paula A. Lins

Assinatura

2ª Nome: Maria das Graças A. Lins

CPF: 098.417.414-15

Maria das Graças A. Lins

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RDO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou AGI:

3 - CPF da vítima:

010.340.944-08

4 - Nome completo da vítima:

MAURICÉLIA DA SILVA SANTOS

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

5 - Nome completo:

MAURICÉLIA DA SILVA SANTOS

6 - CPF:

010.340.944-08

7 - Profissão:

Recusado Informar

8 - Endereço:

RICARDO LAUREIRO CAVALCANTI

9 - Número:

54

10 - Complemento:

-

11 - Bairro:

SESI

12 - Cidade:

BAJEUX

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

58305-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

(85) 92921-9283

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.000,00 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. Assine uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

191

CONTA:

55005

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existe)

(Informar o dígito se existe)

(Informar o dígito se existe)

(Informar o dígito se existe)

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (paras)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou par/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

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

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

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

38 - 38 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 39 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 04.01.2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
A. Diógenes Chianca, 1777
João Pessoa - PB

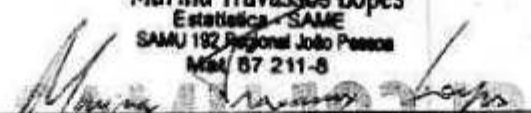
DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 911/027, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2439159, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **MAURICÉLIA DA SILVA SANTOS**, idade 42 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 10/05/2019, na Travessa José Pereira Andrade, Bairro: SESI - Bayeux - aproximadamente às 06:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 13 de Novembro de 2019.

Marina Travassos Lopes
Estatística - SAME
SAMU 192 Regional João Pessoa
Matr. 87 211-8


Marina Travassos Lopes
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
A. Diógenes Chianca, 1777
João Pessoa - PB

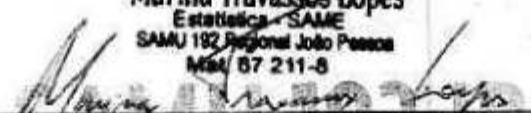
DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 911/027, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2439159, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **MAURICÉLIA DA SILVA SANTOS**, idade 42 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 10/05/2019, na Travessa José Pereira Andrade, Bairro: SESI - Bayeux - aproximadamente às 06:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 13 de Novembro de 2019.

Marina Travassos Lopes
Estatística - SAME
SAMU 192 Regional João Pessoa
Matr. 87 211-8


Marina Travassos Lopes
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

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: 17/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAURICELIA DA SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01911

CONTA: 000000055065-2

Nr. da Autenticação B14629F70CB97D0A

HAURICELIA DA SILVA SANTOS
PÁR. RICARDO LOUREIRO CAVA, CANT. 34-085
RAYEUG/PR CEP: 53265000-2 (G. 1)

Lugar: MONOFASICO
 C/º Soc: RES MTO B1/ RESIDENCIAL-BANCA RENDA
 Flºs: 4-9-123-150
 Medida: 00008572011

UNIVERSIDADE PARAIBA - CENTRO DE CIÊNCIAS DE ENERGIA S/A
R 230 - Km 25 - Estrada Real - João Pessoa - PB - CEP 53071-030
CNPJ nº 20.516.000/0001-40 - Tel. (41) 415.0000

Nota Fiscal Conta de Energia Elétrica 4032-267-344
Cód. para Dto. Automática: 8091322649

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAR
Out/ 2019	09/10/2019	07/11/2019	010.340.844-08

UC (Unidade Consumidora): 5/1132244-3

Canal de contato

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
08/05/19	11935	29/12/19	12057	1	140	30
Demonstrativo						
CD	Descrição	Quantidade	Tarifa(1)	Valor Base Cnto. Alq. Tributos Totais(2)	Valor Base Cnto. Alq. Tributos Totais(2)	Base Calc. Pto(3)
1801	Consumo de 30 kWh-BR	30,000	0,580230	7,98	7,98	27
1801	Consumo - 21 a 120 kWh-BR	70,000	0,450380	31,53	31,53	27
1801	Consumo - 01 a 220 kWh-BR	49,000	0,694110	33,92	33,92	27
1801	Adic B Vermelha		3,90	3,90	27	1,00
1801	Adic B Amarela		0,50	0,50	27	1,18
1810	Subsídio		42,29	42,26	27	11,44
LANÇAMENTO DE SERVIÇOS:						
1807	CONTRIBUIÇÃO LUM.PUBLICA		5,03	0,00	0	0,00
1801	POST. BANC. AMAR. RESERVAÇÃO 2019		-0,06	0,00	0	0,00
1206	Devolução Subsídio		-28,59	0,00	0	0,00

COD	Descrição	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
001	Salário	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
002	Aluguel	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00
003	Alimentação	30,00	30,00	30,00	30,00	30,00	30,00
004	Transporte	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00
005	Outros	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
TOTAL		210,00	210,00	210,00	210,00	210,00	210,00

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
182	06/11/2019	R\$ 96.63

Histórico de Consumo (kWh)

174	184	184	207	131	105	100	105	107	102	153	179
Dec10	Nov10	Dec10	Jan11	Feb11	Mar11	Apr11	May11	Jun11	Jul11	Aug11	Sep11

RECEIVED 2014

a9a8 2c3e 2a57 e100 c096 d023 cda4 b1de

[illegible]

Varian 4000 1H NMR (CDCl₃) δ 7.25 (d, 2H), 6.85 (d, 2H), 6.75 (s, 1H), 6.65 (s, 1H), 6.55 (s, 1H), 6.45 (s, 1H), 6.35 (s, 1H), 6.25 (s, 1H), 6.15 (s, 1H), 6.05 (s, 1H), 5.95 (s, 1H), 5.85 (s, 1H), 5.75 (s, 1H), 5.65 (s, 1H), 5.55 (s, 1H), 5.45 (s, 1H), 5.35 (s, 1H), 5.25 (s, 1H), 5.15 (s, 1H), 5.05 (s, 1H), 4.95 (s, 1H), 4.85 (s, 1H), 4.75 (s, 1H), 4.65 (s, 1H), 4.55 (s, 1H), 4.45 (s, 1H), 4.35 (s, 1H), 4.25 (s, 1H), 4.15 (s, 1H), 4.05 (s, 1H), 3.95 (s, 1H), 3.85 (s, 1H), 3.75 (s, 1H), 3.65 (s, 1H), 3.55 (s, 1H), 3.45 (s, 1H), 3.35 (s, 1H), 3.25 (s, 1H), 3.15 (s, 1H), 3.05 (s, 1H), 2.95 (s, 1H), 2.85 (s, 1H), 2.75 (s, 1H), 2.65 (s, 1H), 2.55 (s, 1H), 2.45 (s, 1H), 2.35 (s, 1H), 2.25 (s, 1H), 2.15 (s, 1H), 2.05 (s, 1H), 1.95 (s, 1H), 1.85 (s, 1H), 1.75 (s, 1H), 1.65 (s, 1H), 1.55 (s, 1H), 1.45 (s, 1H), 1.35 (s, 1H), 1.25 (s, 1H), 1.15 (s, 1H), 1.05 (s, 1H), 1.00 (s, 1H), 0.95 (s, 1H), 0.85 (s, 1H), 0.75 (s, 1H), 0.65 (s, 1H), 0.55 (s, 1H), 0.45 (s, 1H), 0.35 (s, 1H), 0.25 (s, 1H), 0.15 (s, 1H), 0.05 (s, 1H), 0.00 (s, 1H).

ATENÇÃO

REALIZAÇÃO DO EVENTO - Como Motivador, o Ibope selecionou a parceria com a mídia, o fornecimento de um "terceiro espaço" de 24h/24h no "Conforme" (Reserva 24h da ANGEL). O planejamento desta última foi feito em conjunto com a direção da ANGEL. O planejamento desta última foi feito em conjunto com a direção da ANGEL. O planejamento desta última foi feito em conjunto com a direção da ANGEL.

Paturas em trânsito

Acc/19 107.43

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
(0190.00009 02624.912008 07204.056175 8 80650000009663

F. J. RICARDO LOUREIRO CAVALCANTE 54-SES-GRUVE 20/10/2009 08:15:00

Folha	Nº Documento	Data de Nascimento	Valor do Documento	Valor Pago
149121007204055	00132244251910	05/11/2019	R\$ 25,83	

EMPRESA: COMERCIO ENERGIA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 08.654.728/0001-00
R. 130, Km 25 - Estrada Federal - João Pessoa/PB - CEP 58071-880

Janela - Código do benefício: p.p. 3084.9/2447-3

MAURICIA DA SILVA SANTOS
PÁRICA LUIZ ROCHA CAVALLANTE 54-885
PÁRICA LUIZ ROCHA CAVALLANTE 54-885

Local: MONTEBelo
C/da: RES MTO B1/ RESIDENCIAL BARRA RENDA
Fones: 4-9-123-1532 Referência: Out/2019
Medida: 0000072011 Emissão: 09/10/2019



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 250, Km 25 - Distrito Residencial - João Pessoa/PB - CEP 58071-630
CNPJ 07.025.160/0001-43 - Ins. Est. 16.015.022-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica 1032 267 294
Cód. para Dto. Automático: 0001122244-3

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Out/2019	09/10/2019	07/11/2019	010.340.844-08

UC (Unidade Consumidora): 5/1132244-3

Canal de contato

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada em Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Conheça a Energisa. Com o nosso aplicativo para smartphones e tablets oferece mais comodidade e facilidade para você. Baixe a app agora e informe falta de luz, com o seu celular pagando o valor devido na sua região, solicite serviços ou faça qualquer dúvida: você não precisa sair de casa, sem filas e sem burocracia.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 09/10/19 Leitura: 11908	Data: 09/10/19 Leitura: 12007	1	145	20
Demonstrativo				
IC: Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base (R\$)	Valor Total (R\$)
1.001 Consumo - 30 kWh-BR	30,000	0,580330	17,41	17,41
1.002 Consumo - 31 a 120 kWh-BR	70,000	0,420380	29,43	29,43
1.003 Consumo - 101 a 220 kWh-BR	49,000	0,694110	33,92	33,92
1.004 Adc. B. Vermeja	1,000	3,99	3,99	3,99
1.005 Adc. B. Amarela	0,000	0,80	0,00	0,00
1.010 Subtotal	149,000	42,85	11,44	42,85
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
1.007 CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA	5,000	0,00	0,00	0,00
1.008 POST. BARRA AMAR. RESIDENCIAL ON 2019	-0,06	0,00	0,00	0,00
1.009 Devolução Substit.	-28,95	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação da Item: TOTAL 85,83 120,33 32,43 120,33 1,00 4,94
Tarifa de Transmissão: 0,187110 Anl 100 kWh 0,311500 Anl 220 kWh 0,467263

Média Últimos meses (kWh): 182 **VENCIMENTO 06/11/2019** **TOTAL A PAGAR R\$ 96,63**

Histórico de Consumo (kWh)
174 | 184 | 184 | 267 | 121 | 105 | 100 | 100 | 107 | 102 | 103 | 173
Out/18 | Nov/18 | Dez/18 | Jan/19 | Fev/19 | Mar/19 | Abr/19 | Mai/19 | Jun/19 | Jul/19 | Ago/19 | Set/19

RESERVADO AO FISCAL
a9a8.2c3e.2a57.e100.c096.d023.cda4.b1de.

Indicadores de Qualidade 1º/2019 - 11/2019			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Descrição	Valor (R\$)	%
1.001 Tensão	4,82	0,00	Consumo de Energia Elétrica	26,31	27,22
1.002 Tensão	5,07	0,00	Consumo de Energia Elétrica	3,03	3,15
1.003 Tensão	5,34	0,00	Consumo de Energia Elétrica	2,06	2,16
1.004 Tensão	5,17	0,00	Consumo de Energia Elétrica	42,46	44,03
1.005 Tensão	5,35	0,00	Consumo de Energia Elétrica	5,00	5,20
1.006 Tensão	5,79	0,00	Consumo de Energia Elétrica	0,00	0,00
1.007 Tensão	6,58	0,00	Consumo de Energia Elétrica	0,00	0,00
1.008 Tensão	12,27	0,00	Consumo de Energia Elétrica	0,00	0,00
			Total	96,71	100,00

ATENÇÃO
- PRAZO DE VENCIMENTO: Caso não seja efetuado o pagamento até o prazo de vencimento, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 24/10/2019. Conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento após o prazo não elimina a possibilidade de suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado às partes antes de suspender o fornecimento. Cada unidade consumidora deve comunicar a suspensão do fornecimento da(s) unidade(s) antes de considerar a suspensão.
- A suspensão é incluída em áreas de proteção ao crédito no caso de inadimplência.
- Sua unidade foi faturada como Barra Renda, tendo um desconto de R\$ 28,95.
- Letura confirmada.

Faturas em atraso
Ago/19 107,43

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
(0190.00009 02624.912008 07204.056775 8 80650000009663)

1 - JAILSON MAURICIA DA SILVA SANTOS - CPF/CNPJ: 010.340.844-08
2 - JAILSON MAURICIA DA SILVA SANTOS - CPF/CNPJ: 010.340.844-08

Valor do Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
21.4912.007204056	09/11/2019	R\$ 96,63	

1 - JAILSON MAURICIA DA SILVA SANTOS - CPF/CNPJ: 010.340.844-08
2 - JAILSON MAURICIA DA SILVA SANTOS - CPF/CNPJ: 010.340.844-08

1 - JAILSON MAURICIA DA SILVA SANTOS - CPF/CNPJ: 010.340.844-08
2 - JAILSON MAURICIA DA SILVA SANTOS - CPF/CNPJ: 010.340.844-08

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV.
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-324 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha: 268708 Data: 09/10/2019 07:35:37
Recepcionista: THAIS DE ALMEIDA FERNANDES
Clinica: AMBULATORIO
Regulado: Nao Qtd. Atd.: 7
Atendimento: CIRURGIA

FICHA DE AMBULATORIO

DADOS DO PACIENTE

Prontuario: 2019.05.001108

Nome: MAURICELIA DA SILVA SANTOS Nome Social: NAO INFORMADO

Mae: NARIA DAS GRACAS DA SILVA

Pai: MOACIR RIBEIRO DA SILVA

Data Nasc.: 17/04/1977 42 ano(s) Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO(A) Telefone: 988442432

CNS: 702108743734790 CPF: NAO INFORMADO Documento: IDENTIDADE: 2659895

Ocupação: DIARISTA Natural: RECIFE-PE

End.: RUA RICARDO LEAL, 54,

Bairro: SESI Cidade: BAYEUX UF: PB

Procedencia: RESIDENCIA

Profissional:

Resp.: MAURICELIA DA SILVA SANTOS

Tel.: 988442432

IDENTIDADE: 2659895

PRE-CONSULTA: PA: FC: FR: TEMP: GLICEMIA: SO2:

HDA:

ANTECEDENTES:

[ALERGIA []

MEDICAMENTOS EM USO:

EXAME FISICO:

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

CONDUTA:

CURATIVO: SIMPLES: []

COM PONTOS: []

TROCA DE SONDA: []

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

ASSINATURA DA ENFERMAGEM

Jose Carlos da Silva

ASSINATURA DO PACIENTE

PROCEDIMENTO REALIZADO: (CONTAS MEDICAS)

ASSINATURA DO E CARIMBO DO MEDICO

Nome: Mauricelia da Silva Santos				Registro:	
Idade: 42	Sexo: F	Cor:	Clínica: Ortopedia	EMP:	LR:
Data: 09/10/2019			Cirurgião: Jorge Augusto		
1º Assistente: MOURIBE			2º Assistente:		
Anestesista: Dr Andre			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura de Tibia E</i>					<i>S82.2</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo + Falha de material de sintese</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Tratamento cirúrgico fratura de Tibia D</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA**Posição e Preparo:***Paciente em decúbito dorsal sob anestesia**Assepsia + Antissepsia**Aposição de campos cirúrgicos estéreis***Incisão:***Incisão em longitudinal em região de perna E***Achados:***Visualização fratura da tíbia com presença de placa quebrada***Conduta:***Realizada desbridamento de tecidos desvitalizados em tíbia E**Realização de limpeza em foco distal e proximal da fratura**Aposição de placa e PARAFUSO CORTICAL**Aposição de ESPONJOSO**Limpeza exhaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%**Realizado RX controle***Fechamento:***Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele**Curativo**TALA BOTA**BPP***OBS:**

MOUNIC
10/09/2019 14:55:17
CRM-PB 1727 / 2019-09-11

Data: 09 / 10 / 2019

MÉDICO/CRM



POLICLÍNICA | NOSSA SENHORA
APARECIDA

CNPJ: 27.451.002/0001-53

Nome: MAURICELIA DA SILVA SANTOS

ATESTADO MÉDICO

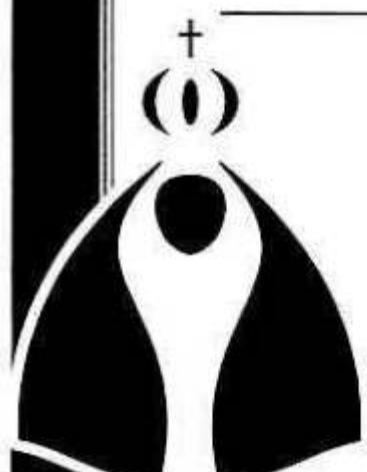
Paciente apresenta os Cid 10: T93.2 x M19.1 x M21.7, no 1/3 distal da perna direita com osteossíntese na tíbia, dor, claudicação, edema de estase, encurtamento do membro citado, pós acidente motociclístico, deambula com amparo de mão, interferindo diretamente em sua laboralidade.

Santa Rita 14/01/2020

Djalma Bento F. Júnior
Cely - 14/01/2020

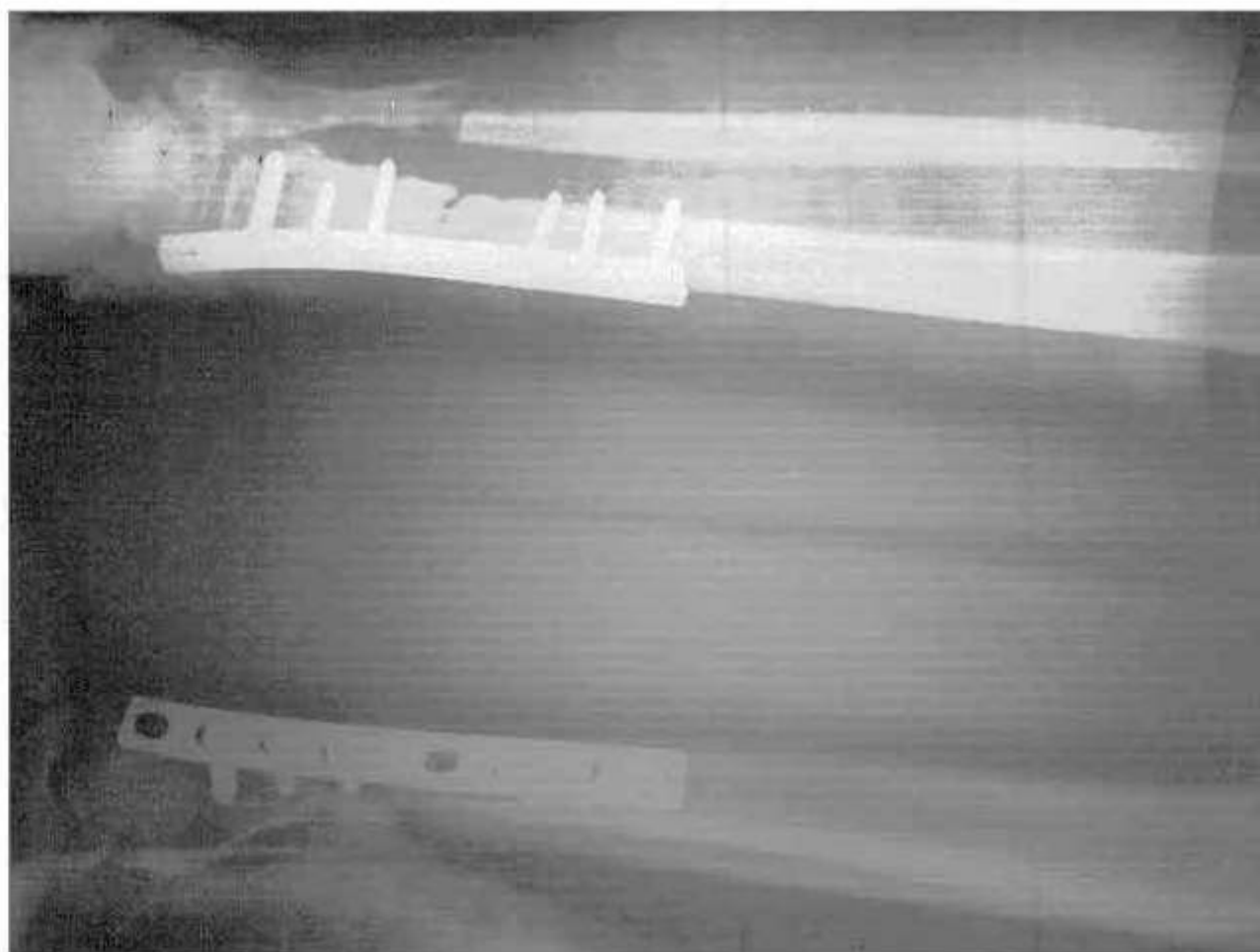
Djalma Bento F. Júnior

CRM 3874



(83) 3032.2331 | 98605.6016

PRAÇA GETÚLIO VARGAS, 68 - CENTRO, SANTA RITA - PB



NF-e: 02.205.368/0001-92 DIAGNAX MEDICAMENTOS & PERFUMARIA LTDA
- EPP

AVENIDA LIBERDADE, 3261 CENTRO BAYeux-PB 58306-001

Fone: (83)3232-3000 I.E.: 16716506-8

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

EMITIDA EM CONTINGÊNCIA

Pendente de autorização

#	Código	Descrição	Qtd	Un	Valor unit.	Valor total
001	15553	CIPROFLOXACINO 500MG C/14 CPR			+50	
2		CX	X 11,98			23,96

BC FCP: 0,00 I uFCP: 0,00

002 4267 MAXSOLIO 400MG C/10 CPR

1		CX	X 30,83			30,83
---	--	----	---------	--	--	-------

BC FCP: 0,00 I uFCP: 0,00

003 12446 DIFENHAMA SODICA 500MG ENV C/10 CPR

3		UN	X 3,16			9,48
---	--	----	--------	--	--	------

BC FCP: 0,00 I uFCP: 0,00

Qtd. Total de Itens

Valor Total R\$

Descontos

Valor a Pagar R\$

Forma de Pagamento

Simbólico

Troco R\$

003

61,27

-0,27

64,00

VALOR PAGO R\$

70,00

6,00

Consulte pela Chave de Acesso em

<http://www.receita.pb.gov.br/nfca/consulta>

2519 0502 2053 8800 0192 6500 6000 2748 5190 2077 3183

CONSUMIDOR - CPF 010.340.944-08

MAURICELIA DA SILVA SANTOS

RUA RICARDO LEAL 54 S/N Bairro Cidade PB

NFC-e nº 000274651 Série 006 16/05/2019 16:12:38 Via Empresa

EMITIDA EM CONTINGÊNCIA

Pendente de autorização



PR01595800 BAL: Khesmady Pereira CX: Uballacy Guilherme dos Sant

os TUR:02

FormaPago: (Dinheiro: 70,00) (Troco: 6,00)

IssFacil Tecnologia Ltda



P/ MAURICELIA DA SILVA SANTOS

R

Uso Oral

1) CIPROFLOXACINO (500mg) ----- 2 CX
(Comprimido)

Tomar 01 comprimido por via oral de 12/12 horas por
(10) dias.

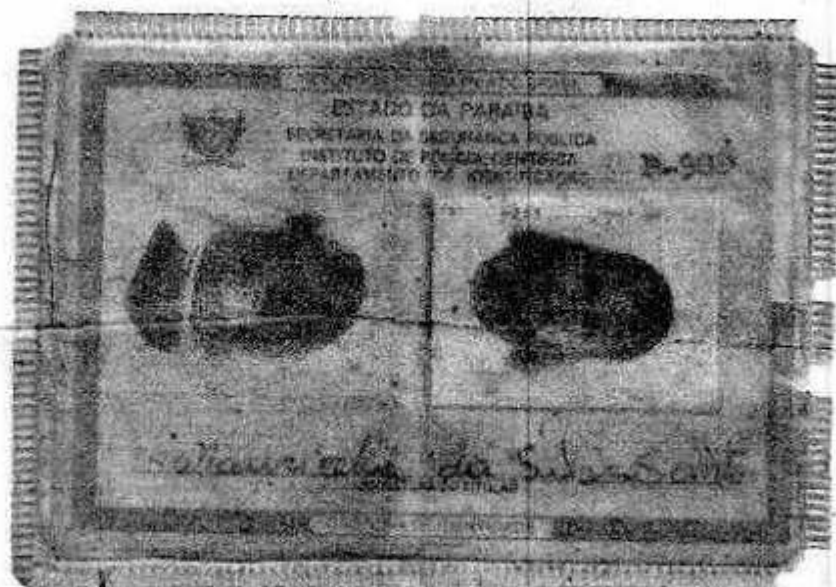
2) MAXSULID (400mg) ----- 01 CX

Tomar 01 comprimido de 12/12 horas, se dores

16/05/2019

Dr. Valdeban Carvalho Jr.
Médico - CRM 7892
CNS 206348990960018

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Mauricélia da Silva Santos

Loc. Nas. Quilipe Est. SE Data 17.04.77

Filiação João Luiz Ribeiro da Silva

Doc. n.º Class. 7-596 FIS 246 Liv. 3-21

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em Doc. Ident. n.º

Exp. em Estado

Obs.

Data Emissão 22.05.97 DRT



Assel Vieira Marta Siqueira de Oliveira

Assinatura do Portador



MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 03.680 Série 00094 PB



Mauricélia da Silva Santos
ASSINATURA DO PORTADOR

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
MAURICELIA DA SILVA SANTOS

Nº de inscrição
010340944-08

Data de Nascimento
17/04/77



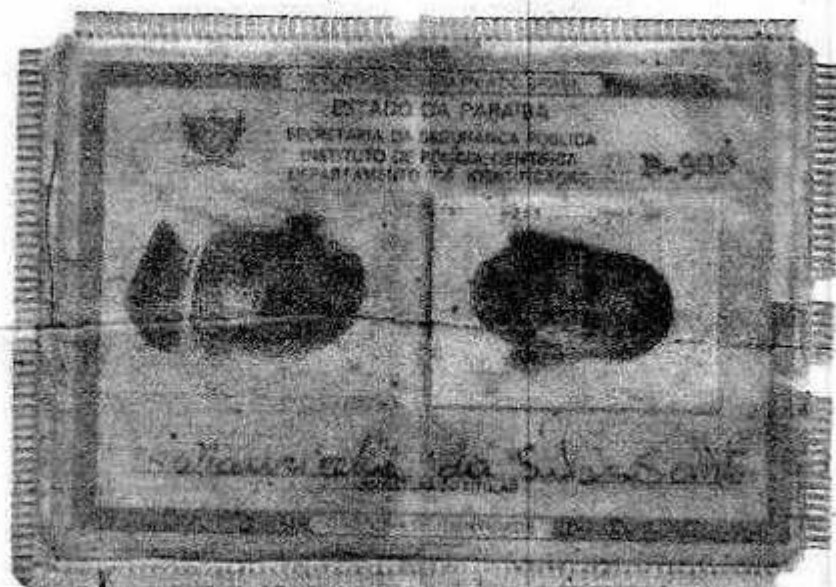
VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

MAURICELIA DA SILVA SANTOS

Assinatura

Este documento é o comprovante de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF, emitido e assinado por autoridade competente nos casos previstos na legislação vigente.

Emitido em : 24/06/99



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Mauricélia da Silva Santos

Loc. Nas. Quilipe Est. SE Data 17.04.77

Filiação Joacir Ribeiro da Silva

Doc. n.º Clas. 7-596 FIS 246 Liv. 3-21

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em Doc. Ident. n.º

Exp. em Estado

Obs.

Data Emissão 22.05.92 DRT



Assel Vieira Marta Siqueira de Oliveira
Assinatura do Portador



MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 03.680 Série 00094 PB



Mauricélia da Silva Santos
ASSINATURA DO PORTADOR

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
MAURICELIA DA SILVA SANTOS

Nº de inscrição
010340944-08

Data de Nascimento
17/04/77

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

MAURICELIA DA SILVA SANTOS

Assinatura

Este documento é o comprovante de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF, emitido e assinado por autoridade competente nos casos previstos na legislação vigente.

Emitido em : 24/06/99

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200057515 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURICELIA DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 10/05/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (PARAFUSOS CORTICAIS) E ALTA MÉDICA.(PÁG.3)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047026/20

Vítima: MAURICELIA DA SILVA SANTOS

CPF: 010.340.944-08

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 10/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MAURICELIA DA SILVA SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MAURICELIA DA SILVA SANTOS : 010.340.944-08

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: 04/02/2020
Nome: MAURICELIA DA SILVA SANTOS
CPF: 010.340.944-08

MAURICELIA DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO