



Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

25/01/19	Polypist collection	
10h	Prothia polyst	
	St. Mercurius	
	00: 1) A. E. K. M. M. M. 2) A. E. K. M. M. M.	
	Dr. Leonardo Veloso	

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 24/07/2019 14:04

	Nome Paciente:	JOSEFA OTACILIA DA SILVA
	Cód. Paciente:	1091632
	Data de Nascimento:	20/02/1965
	Sexo:	Feminino
	Idade:	54
	Senha:	EA0027
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	3357481	
SAME:	1091632	

Período: 24/07/2019 14:09 - 24/07/2019 14:09

MARLY MOTA DA SILVA SOUZA - COREN: 55110 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor:  AMARELO

Reixa Principal: PACIENTE VEIO ENCAMINHADA DO HOSPITAL DE CARPINA SOFREU QUEDA DE MOTO HOJE DE MANHA ESTAVA NA GARUPA DA MOTO TRAUMA EM MIE QUEIXA DE DOR

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 5

Acolhido(a) por: MARLY MOTA DA SILVA SOUZA - COREN: 55110 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 24/07/2019 14:09

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 31/07/2019 11:47

Atendimento: 319567 Entrada: 25/07/2019 Hora: 20:33
Acomodação: LEITO 03
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO

Enfermaria: ENFERMARIA 05
Permanência: 5 Dia(s), 15 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 702404544023626

Paciente: 1623899 JOSEFA OTACILIA DA SILVA
Nascimento: 20/02/1965 (54 Anos e 5 Meses)
Endereço: RUA MARIZA MARIA DE SOUZA
Bairro: LOTEAMENTO SANTANA C.E.P.: 55816-230
Cidade: 2604007 CARPINA
Pai: NAO DECLARADO
Mãe: OTACILIA JOSEFA DA CONCEICAO
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.:
Identidade: 3902266 - SDS - PE
Telefone: / 993576940
G.Instrução:
Ocupação: DIARISTA
Naturalidade: PAUDALHO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 25/07/2019 - 20:49

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO CRM 9756)

Queixa do paciente:procedente do hof com historia de queda de moto ha 1 dia , refere has

Exame físico:egr,consciente sme dor + edema de joelho direito

Hipótese diagnóstica: fratura de patela esquerda

Prescrição/Conduta:

Horario/Checkagem

01 - internamento	
02 -	
03 -	
04 -	

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:

HOSPITAL E MATERNO INFANTIL
Dr. Cleto Campos



Nome: JOSEFA OTACILIA DA SILVA (1623899)

Admissão: 319567

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

FRATURA PATELA ESQ

CID 10:

S82.0

CIRURGIA REALIZADA:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA PATELA ESQ
COM BANDA DE TENSÃO
EM 30 de julho de 2019

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. JUAREZ

ORIENTAÇÕES:

- 1 - CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS.
- 2 - DÍPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; AUTORIZADO A PISAR COM AUXÍLIO DE MULETAS. REALIZAR EXERCÍCIOS PASSIVOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO JOELHO OPERADO (DOBRAR E ESTICAR);
- 4 - RETORNAR PARA REVISÃO CONFORME MARCAÇÃO AMBULATORIAL. ATENDIMENTO SOMENTE PARA PACIENTES MARCADOS, TERÇA, 17H;
- 5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR NOVENTA (90) DIAS.

Fólio Emitido Eletronicamente

Data: 30/07/2019 as 11:16

Dr. Juarez Sebastião
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 15595 / CRM-SA 17618

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM:

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3.902.266 22/09/2007

<< JOSEFA OTACILIA DA SILVA >>

<< >>

<< OTACILIA JOSEFA DA CONCEIÇÃO >>

PAUDALHO - PE 20/02/1965

<< C.C. 3.411 L. B-07 F.76 CARTAS. CARPINA-PE 23 09 1995 >>

974.725.224-43

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.118 DE 2005

F-28 89.824

3113

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE JUSTIÇA SOCIAL

DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL

Carteira de Identidade

JOSEFA OTACILIA DA SILVA

E-098-17

20/02/1965

PAUDALHO - PE

974.725.224-43

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1302534384

PROIBIDA PLASTIFICAR
1302534384

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA



DOC. IDENTIDADE / C.R.G. / EMISSOR / UF
4259664 SSP PE

CPF
919.619.386-34 DATA NASCIMENTO
16/09/1971

RELACÃO
MARCOZ, COSME DE
ALMEIDA
MARIA JOSE DE ALMEIDA

PERMISO
ACC
COT. HAB.
Nº

Nº REGISTRO
00495819750

VÁLIDE
29/10/2021

VALIDADEZ
29/01/1998

OBSERVAÇÕES
sem observações

LOCAL
CARPINA - PE

DATA EMISSÃO
19/10/2016

[Signature]
Carla Anderson Costa Ribeiro
Secretaria de Trânsito
Assessoria de Registro

38943336644
25075276447

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASI-0361505/19

Vítima: JOSEFA OTACILIA DA SILVA

CPF: 974,725,224-49

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 24/07/2019

Titular do CPF: JOSEFA OTACILIA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA : 919,419,384-34

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

JOSEFA OTACILIA DA SILVA : 974,725,224-49

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: 31/10/2019
Nome: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
CPF: 919,419,384-34

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 351,598,464-55

Josyelli de Oliveira Cabral

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190614853 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEFA OTACILIA DA SILVA **Data do acidente:** 24/07/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. PG 4
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190614853 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEFA OTACILIA DA SILVA **Data do acidente:** 24/07/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. PG 4
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190614853

Vítima: JOSEFA OTACILIA DA SILVA

Data do Acidente: 24/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSEFA OTACILIA 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

Rio de Janeiro, 15 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190614853

Vítima: JOSEFA OTACILIA DA SILVA

Data do Acidente: 24/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSEFA OTACILIA 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 joelho 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: JOSEFA OTACILIA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000002917

Conta: 0000013233-0

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **947.725.224-49** 4 - Nome completo da vítima: **JOSEFA OTACILIA 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: **JOSEFA OTACILIA DA SILVA** 6 - CPF: **947.725.224-49**
7 - Profissão: **NAO POSSUI** 8 - Endereço: **RUA MARIZA MARIA DE SOUZA** 9 - Número: **36** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **SANTANA/CARPINA** 12 - Cidade: **CARPINA** 13 - Estado: **PE** 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)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **2917** CONTA: **13233**
(Informar o dígito se existir)

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

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

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (virenter)? ☐ 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 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 autenticado

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, **CARPINA 18/10/2019**

Josefa Otacilia da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0135004031**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/10/2019** às **17:56**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/7/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARPINA, 1, AVENIDA SANTOS DUMONT** - Bairro:
SENZALA - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
OTACIANO MARIANO DE LIMA (OUTRO)
JOSEFA OTACILIA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): OTACIANO MARIANO DE LIMA

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

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

JOSEFA OTACILIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **OTACILIA JOSEFA DA CONCEIÇÃO** Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **20/2/1965** Naturalidade: **PAUDALHO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA MARISA MARIA DE SOUZA, 35 - CEP: 0 - Bairro: SANTA CRUZ - CARPINA/PERNAMBUCO /BRASIL**

OTACIANO MARIANO DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARPINA, 130, RUA G, VILA IPSEP - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS ESD (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **OTACIANO MARIANO DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **OTACIANO MARIANO DE LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFFY7205** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **558561527** Chassi: **9C2KD0540DR149491**

Complemento / Observação

A VÍTIMA, JOSEFA OTACILIA DA SILVA, AFIRMA QUE NO DIA 24/07/2019, NO PERÍODO DA MANHÃ, ESTAVA COMO PASSAGEIRA DA MOTOCICLETA ACIMA CITADA, A QUAL ESTAVA SENDO CONDUZIDA PELA PESSOA DE OTACIANO MARIANO DE LIMA, QUANDO ESTAVAM PASSANDO PELA AVENIDA SANTOS DUMONT, O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, QUE AMBOS CAÍRAM NO CHÃO, QUE A SRª JOSEFA OTACILIA DA SILVA, SOFREU LESÕES E FOI SOCORRIDA PARA UNIDADE MISTA DE CARPINA, E EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS EM RECIFE.

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

* *Josefa Otacilia da Silva*
JOSEFA OTACILIA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FABIO JOSE DOS SANTOS** - Matrícula: **273810-4**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

947.725.224-49

4 - Nome completo da vítima:

JOSEFA OTACILIA 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:

JOSEFA OTACILIA DA SILVA

6 - CPF:

947.725.224-49

7 - Profissão:

NAO POSSUI

8 - Endereço:

RUA MARIZA MARIA DE SOUZA

9 - Número:

36

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

SANTANA/CARPINA

12 - Cidade:

CARPINA

13 - Estado:

PE

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)

☒ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

2917

CONTA:

13233

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 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 da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ 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 (se houver)?

☐ 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 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 autenticado

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, CARPINA 18/10/2019

Josefa Otacilia da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome:
JOSEFA OTACILIA DA SILVA

Sexo:
FEMININO

CNS:
702404544023626

Mãe:
OTACILIA JOSEFA DA CONCEICAO

Endereço:
RUA MARIZA MARIA DE SOUZA, N.º 35 - : BAÍRRO: LOTEAMENTO SANTANA -
CIDADE: CARPINA - UF: PE

Idade:
54 Anos 5 Meses 4 Dias

Contatos:
81. 93576940 | Celular: 81.

Nasc.
20/02/1965

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 24/07/2019 14:04

Prontuário: 1091632

Nº. Atendimento: 3357481

Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
STENIO FREIRE GONCALVES

Admissão

Queixa Principal

RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HOJE COM DOR E EDEMA EM JOELHO ESQUERDO.

História Clínica

RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HOJE COM DOR E EDEMA EM JOELHO ESQUERDO.

Exame Físico

EDEMA 2/4+
ESCORIAÇÃO

Observações

RX COM FRATURA DE PATELA

Conduta

INTERNAMENTO

Dr. Stenio Freire Gonçalves
Ortopedia / Traumatologia
CRM - 21334
TEOT: 15987

STENIO FREIRE GONCALVES - CRM: Nº.21334

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEFA OTACILIA DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 02917

CONTA: 000000013233-0

Autenticação:

9FA3CBE251649EA9321CC63FC3BA7F8698656A0770C055B1567A560EEE0702CA

2a VIA



www.celpe.com.br

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 Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE LUCIANA JOSEFA DA SILVA CPF: 074.046.604-50 NIS: 16415676181		DATA DE VENCIMENTO 21/10/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 100,00		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 08/10/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 08/10/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 080022769		CONTA CONTRATO 002433177013 Nº DO CLIENTE 2902415543 Nº DA INSTALAÇÃO 0800763084	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA MARIZA MARIA DE SOUZA 35 SANTANA/CARPINA 55810-000 CARPINA PE		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásica					
		RESERVADO AO FISCO F9D5.E25C.2C0F.6FBB.E300.0D77.311B.C7A4					

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.celpa.com.br

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,37040070	8,11
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,46369834	32,45
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	46,00	0,59554752	27,39
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,48
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,17
Contrib. Ilum. Pública Municipal			9,62
Multa por atraso-NF 072235736 - 05/08/19			0,85
Juros por atraso-NF 072235736 - 05/08/19			0,23
Deação LRV - 0808 855 5089			8,00
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-6988 8809 031 8988			3,00
TOTAL DA FATURA			100,00

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
77,20	25,00	19,30	77,20	1,29	0,99	77,20	5,95	4,59

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.		
Vencido	De Receb	Valor
23/08/19	05/10/19	116,43

Este comunicado NÃO substitui avisos de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão de fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o deslocamento da cortina, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 60 REN 414/Aracat. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito BPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO		kWh
Consumo Ativo até 30 kWh	0,18328460	OUT 19		146
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31470960	BET 19		162
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,47936380	AGO 19		126
		JUL 19		121
		JUN 19		117
		Mai 19		154
		ABR 19		124
		MAR 19		151
		FEV 19		132
		JAN 19		125
		DEZ 18		163
		NOV 18		128
		OUT 18		140

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
R\$	%	
Geração de Energia	25,44	25,45
Transmissão	2,80	2,83
Distribuição (Cadeia)	17,04	22,87
Encargos Setoriais	1,07	2,16
Tributos	24,88	24,23
Perdas de Energia	5,37	5,36
TOTAL	77,20	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000003154718872	CAT	05/08/2018	4.725,00	08/10/2018	4.874,00	33	1,00000	0,00	146,00

DATA PROIBIDA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 06/11/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
ago/2018					
De-Cte.de horim sem Energia	CARPMIA	1,39	5,31	10,62	21,25
FIC-No.de vetes sem Energia		2,10	5,30	8,90	15,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		1,33	3,03	0,00	9,80
DICRI-Duração de interrupção em dia útil					
			Limite DICRI 12,22		
EU\$D-Valor de Encargo de Uso = R\$ 20,00					
Nota: Consumidor pode analisar a aplicação dos indicadores DMIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você, farmácia, bairro novo: av Jose Jeline Coutinho dias nr 65 bairro novo / Infôr Juliusforbani: rua azeiteiro carneiro leão Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 48,48. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão. O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.	<table border="1"> <tr> <th colspan="3">NÍVEL DE TENSÃO</th></tr> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th><th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th></tr> <tr> <td></td><th>MÍNIMO</th><th>MÁXIMO</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)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		
NÍVEL DE TENSÃO																
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)															
	MÍNIMO	MÁXIMO														
220	202	231														
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																

DESTAQUE AQUI				
CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002433177013	10/2019	109,00	21/10/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este carnêto será usado em leitora ótica.
838700000010 000000110027 433177013100 142729741135				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 50050-002
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

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
CPF: 819.419.384-34 NIS: 12523181875

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

LO PRIMAVERA 5 -PR -

PRIMAVERA/PAUDALHO
55625-000 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

DATA DE VENCIMENTO

24/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

52,77

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

17/09/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

17/09/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

077739127

CONTA CONTRATO

007026223177

Nº DO CLIENTE

2018924868

Nº DA INSTALAÇÃO

0006468346

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

A744.1899.5CF3.4049.11C5.4EBA.7738.6753

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18198125	5,75
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,32911071	23,03
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	16,00	0,48366507	7,89
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,79
Contrib. Ilum. Pública Municipal			12,12
Multa por atraso-NF 070040833 - 18/07/19			8,73
Juros por atraso-NF 070040833 - 18/07/19			8,34
Atualização IGPNI-NF 070040833 - 18/07/19			8,12
TOTAL DA FATURA			52,77

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	38,45	0,61	0,31	38,46	3,72	1,46

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,18328430	SET 18	116
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,32920280	AGO 18	118
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,47135390	JUL 18	115
		JUN 18	125
		MAI 18	157
		ABR 18	136
		MAR 18	129
		FEV 18	109
		JAN 18	199
		DEZ 18	108
		NOV 18	112
		OUT 18	106
		SET 18	115

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	IP	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003170284725	CAT	19/08/2018 2.734,00	17/09/2018 2.840,80	29	1,00000	0,00	116,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 18/10/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

Descrição	CONJUNTO	VALOR APURADO	METÀ MENSAL	METÀ TRIM.	METÀ ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia	PAUDALHO	0,00	10,87	21,74	43,48
FIC-No.de vazios sem Energia		0,00	7,57	15,34	30,69
DMC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	5,86	0,93	0,00
DIC-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DMC: 16,60
EUSD-Valor do Envelope de Uso = R\$ 18,23					
Tudo Consumidor pode solicitar a supressão das indicações DIC, FIC, DMC e GCR e qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você lanchonete Almeida: av costa e silva centro / poemark comunicação
assessor: r genuino silva 46 centralizada completa em www.celpe.com.br
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Isenção de ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 32,12.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEL 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	09/2019	52,77	24/09/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

83800000009 527700110074 026223177109 141900959235



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINALASPX?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 COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. ² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pela exposto, eu **MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA**, inscrito (a) no CPF/CNPJ 919.419.384-34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do

Beneficiário Josefa Otacília da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 947.725.224-49

49 do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima

Josefa Otacília da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 947.725.224, 49, 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: LO PRIMAVERA	Número: 5	Complemento: CASA
Bairro: PRIMAVERA	Cidade: PAUDALHO	Estado: PE
E-mail: MARCOSFEITOSA25@HOTMAIL.COM	CEP: 55825-000	Tel. (DDD) 8199534-7625

Local e Data: Cruz, 23/10/2019

Assinatura do Declarante