

DETINHO - PE - N° 012.4536.10325  
CERTIFICO DE RECEBER O DOCUMENTO DE VENCIMENTO DA VENDA

012153610925 BILHETE DE SEGURO DE VIDA

WERNER

卷之三

此處所載之書，即為當時之學術，亦即當時之政治。

卷之三

... AS THEY ARE SEEN IN THE MOUNTAINS.

1. *Leucosia* *leucosia* (L.) *leucosia* (L.) *leucosia* (L.)

THE BOSTONIAN, NOVEMBER 18, 1861.

THE EDITIONS OF THE BIBLE IN THE BIBLIOGRAPHY OF THE BIBLE.

卷之三

卷之三

1. *On the Nature of the Human Species* (1859) by Charles Darwin

卷之三

1920-1921  
1921-1922  
1922-1923  
1923-1924  
1924-1925  
1925-1926  
1926-1927  
1927-1928  
1928-1929  
1929-1930  
1930-1931  
1931-1932  
1932-1933  
1933-1934  
1934-1935  
1935-1936  
1936-1937  
1937-1938  
1938-1939  
1939-1940  
1940-1941  
1941-1942  
1942-1943  
1943-1944  
1944-1945  
1945-1946  
1946-1947  
1947-1948  
1948-1949  
1949-1950  
1950-1951  
1951-1952  
1952-1953  
1953-1954  
1954-1955  
1955-1956  
1956-1957  
1957-1958  
1958-1959  
1959-1960  
1960-1961  
1961-1962  
1962-1963  
1963-1964  
1964-1965  
1965-1966  
1966-1967  
1967-1968  
1968-1969  
1969-1970  
1970-1971  
1971-1972  
1972-1973  
1973-1974  
1974-1975  
1975-1976  
1976-1977  
1977-1978  
1978-1979  
1979-1980  
1980-1981  
1981-1982  
1982-1983  
1983-1984  
1984-1985  
1985-1986  
1986-1987  
1987-1988  
1988-1989  
1989-1990  
1990-1991  
1991-1992  
1992-1993  
1993-1994  
1994-1995  
1995-1996  
1996-1997  
1997-1998  
1998-1999  
1999-2000  
2000-2001  
2001-2002  
2002-2003  
2003-2004  
2004-2005  
2005-2006  
2006-2007  
2007-2008  
2008-2009  
2009-2010  
2010-2011  
2011-2012  
2012-2013  
2013-2014  
2014-2015  
2015-2016  
2016-2017  
2017-2018  
2018-2019  
2019-2020  
2020-2021  
2021-2022  
2022-2023  
2023-2024  
2024-2025  
2025-2026  
2026-2027  
2027-2028  
2028-2029  
2029-2030  
2030-2031  
2031-2032  
2032-2033  
2033-2034  
2034-2035  
2035-2036  
2036-2037  
2037-2038  
2038-2039  
2039-2040  
2040-2041  
2041-2042  
2042-2043  
2043-2044  
2044-2045  
2045-2046  
2046-2047  
2047-2048  
2048-2049  
2049-2050  
2050-2051  
2051-2052  
2052-2053  
2053-2054  
2054-2055  
2055-2056  
2056-2057  
2057-2058  
2058-2059  
2059-2060  
2060-2061  
2061-2062  
2062-2063  
2063-2064  
2064-2065  
2065-2066  
2066-2067  
2067-2068  
2068-2069  
2069-2070  
2070-2071  
2071-2072  
2072-2073  
2073-2074  
2074-2075  
2075-2076  
2076-2077  
2077-2078  
2078-2079  
2079-2080  
2080-2081  
2081-2082  
2082-2083  
2083-2084  
2084-2085  
2085-2086  
2086-2087  
2087-2088  
2088-2089  
2089-2090  
2090-2091  
2091-2092  
2092-2093  
2093-2094  
2094-2095  
2095-2096  
2096-2097  
2097-2098  
2098-2099  
2099-20100  
20100-20101  
20101-20102  
20102-20103  
20103-20104  
20104-20105  
20105-20106  
20106-20107  
20107-20108  
20108-20109  
20109-20110  
20110-20111  
20111-20112  
20112-20113  
20113-20114  
20114-20115  
20115-20116  
20116-20117  
20117-20118  
20118-20119  
20119-20120  
20120-20121  
20121-20122  
20122-20123  
20123-20124  
20124-20125  
20125-20126  
20126-20127  
20127-20128  
20128-20129  
20129-20130  
20130-20131  
20131-20132  
20132-20133  
20133-20134  
20134-20135  
20135-20136  
20136-20137  
20137-20138  
20138-20139  
20139-20140  
20140-20141  
20141-20142  
20142-20143  
20143-20144  
20144-20145  
20145-20146  
20146-20147  
20147-20148  
20148-20149  
20149-20150  
20150-20151  
20151-20152  
20152-20153  
20153-20154  
20154-20155  
20155-20156  
20156-20157  
20157-20158  
20158-20159  
20159-20160  
20160-20161  
20161-20162  
20162-20163  
20163-20164  
20164-20165  
20165-20166  
20166-20167  
20167-20168  
20168-20169  
20169-20170  
20170-20171  
20171-20172  
20172-20173  
20173-20174  
20174-20175  
20175-20176  
20176-20177  
20177-20178  
20178-20179  
20179-20180  
20180-20181  
20181-20182  
20182-20183  
20183-20184  
20184-20185  
20185-20186  
20186-20187  
20187-20188  
20188-20189  
20189-20190  
20190-20191  
20191-20192  
20192-20193  
20193-20194  
20194-20195  
20195-20196  
20196-20197  
20197-20198  
20198-20199  
20199-20200  
20200-20201  
20201-20202  
20202-20203  
20203-20204  
20204-20205  
20205-20206  
20206-20207  
20207-20208  
20208-20209  
20209-20210  
20210-20211  
20211-20212  
20212-20213  
20213-20214  
20214-20215  
20215-20216  
20216-20217  
20217-20218  
20218-20219  
20219-20220  
20220-20221  
20221-20222  
20222-20223  
20223-20224  
20224-20225  
20225-20226  
20226-20227  
20227-20228  
20228-20229  
20229-20230  
20230-20231  
20231-20232  
20232-20233  
20233-20234  
20234-20235  
20235-20236  
20236-20237  
20237-20238  
20238-20239  
20239-20240  
20240-20241  
20241-20242  
20242-20243  
20243-20244  
20244-20245  
20245-20246  
20246-20247  
20247-20248  
20248-20249  
20249-20250  
20250-20251  
20251-20252  
20252-20253  
20253-20254  
20254-20255  
20255-20256  
20256-20257  
20257-20258  
20258-20259  
20259-20260  
20260-20261  
20261-20262  
20262-20263  
20263-20264  
20264-20265  
20265-20266  
20266-20267  
20267-20268  
20268-20269  
20269-20270  
20270-20271  
20271-20272  
20272-20273  
20273-20274  
20274-20275  
20275-20276  
20276-20277  
20277-20278  
20278-20279  
20279-20280  
20280-20281  
20281-20282  
20282-20283  
20283-20284  
20284-20285  
20285-20286  
20286-20287  
20287-20288  
20288-20289  
20289-20290  
20290-20291  
20291-20292  
20292-20293  
20293-20294  
20294-20295  
20295-20296  
20296-20297  
20297-20298  
20298-20299  
20299-202100  
202100-202101  
202101-202102  
202102-202103  
202103-202104  
202104-202105  
202105-202106  
202106-202107  
202107-202108  
202108-202109  
202109-202110  
202110-202111  
202111-202112  
202112-202113  
202113-202114  
202114-202115  
202115-202116  
202116-202117  
202117-202118  
202118-202119  
202119-202120  
202120-202121  
202121-202122  
202122-202123  
202123-202124  
202124-202125  
202125-202126  
202126-202127  
202127-202128  
202128-202129  
202129-202130  
202130-202131  
202131-202132  
202132-202133  
202133-202134  
202134-202135  
202135-202136  
202136-202137  
202137-202138  
202138-202139  
202139-202140  
202140-202141  
202141-202142  
202142-202143  
202143-202144  
202144-202145  
202145-202146  
202146-202147  
202147-202148  
202148-202149  
202149-202150  
202150-202151  
202151-202152  
202152-202153  
202153-202154  
202154-202155  
202155-202156  
202156-202157  
202157-202158  
202158-202159  
202159-202160  
202160-202161  
202161-202162  
202162-202163  
202163-202164  
202164-202165  
202165-202166  
202166-202167  
202167-202168  
202168-202169  
202169-202170  
202170-202171  
202171-202172  
202172-202173  
202173-202174  
202174-202175  
202175-202176  
202176-202177  
202177-202178  
202178-202179  
202179-202180  
202180-202181  
202181-202182  
202182-202183  
202183-202184  
202184-202185  
202185-202186  
202186-202187  
202187-202188  
202188-202189  
202189-202190  
202190-202191  
202191-202192  
202192-202193  
202193-202194  
202194-202195  
202195-202196  
202196-202197  
202197-202198  
202198-202199  
202199-202200  
202200-202201  
202201-202202  
202202-202203  
202203-202204  
202204-202205  
202205-202206  
202206-202207  
202207-202208  
202208-202209  
202209-202210  
202210-202211  
202211-202212  
202212-202213  
202213-202214  
202214-202215  
202215-202216  
202216-202217  
202217-202218  
202218-202219  
202219-202220  
202220-202221  
202221-202222  
202222-202223  
202223-202224  
202224-202225  
202225-202226  
202226-202227  
202227-202228  
202228-202229  
202229-202230  
202230-202231  
202231-202232  
202232-202233  
202233-202234  
202234-202235  
202235-202236  
202236-202237  
202237-202238  
202238-202239  
202239-202240  
202240-202241  
202241-202242  
202242-202243  
202243-202244  
202244-202245  
202245-202246  
202246-202247  
202247-202248  
202248-202249  
202249-202250  
202250-202251  
202251-202252  
202252-202253  
202253-202254  
202254-202255  
202255-202256  
202256-202257  
202257-202258  
202258-202259  
202259-202260  
202260-202261  
202261-202262  
202262-202263  
202263-202264  
202264-202265  
202265-202266  
202266-202267  
202267-202268  
202268-202269  
202269-202270  
202270-202271  
202271-202272  
202272-202273  
202273-202274  
202274-202275  
202275-202276  
202276-202277  
202277-202278  
202278-202279  
202279-202280  
202280-202281  
202281-202282  
202282-202283  
202283-202284  
202284-202285  
202285-202286  
202286-202287  
202287-202288  
202288-202289  
202289-202290  
202290-202291  
202291-202292  
202292-202293  
202293-202294  
202294-202295  
202295-202296  
202296-202297  
202297-202298  
202298-202299  
202299-202300  
202300-202301  
202301-202302  
202302-202303  
202303-202304  
202304-202305  
202305-202306  
202306-202307  
202307-202308  
202308-202309  
202309-202310  
202310-202311  
202311-202312  
202312-202313  
202313-202314  
202314-202315  
202315-202316  
202316-202317  
202317-202318  
202318-202319  
202319-202320  
202320-202321  
202321-202322  
202322-202323  
202323-202324  
202324-202325  
202325-202326  
202326-202327  
202327-202328  
202328-202329  
202329-202330  
202330-202331  
202331-202332  
202332-202333  
202333-202334  
202334-202335  
202335-202336  
202336-202337  
202337-202338  
202338-202339  
202339-202340  
202340-202341  
202341-202342  
202342-202343  
202343-202344  
202344-202345  
202345-202346  
202346-202347  
202347-202348  
202348-202349  
202349-202350  
202350-202351  
202351-202352  
202352-202353  
202353-202354  
202354-202355  
202355-202356  
202356-202357  
202357-202358  
202358-202359  
202359-202360  
202360-202361  
202361-202362  
202362-202363  
202363-202364  
202364-202365  
202365-202366  
202366-202367  
202367-202368  
202368-202369  
202369-202370  
202370-202371  
202371-202372  
202372-202373  
202373-202374  
202374-202375  
202375-202376  
202376-202377  
202377-202378  
202378-202379  
202379-202380  
202380-202381  
202381-202382  
202382-202383  
202383-202384  
202384-202385  
202385-202386  
202386-202387  
202387-202388  
202388-202389  
202389-202390  
202390-202391  
202391-202392  
202392-202393  
202393-202394  
202394-202395  
202395-202396  
202396-202397  
202397-202398  
202398-202399  
202399-202400  
202400-202401  
202401-202402  
202402-202403  
202403-202404  
202404-202405  
202405-202406  
202406-202407  
202407-202408  
202408-202409  
202409-202410  
202410-202411  
202411-202412  
202412-202413  
202413-202414  
202414-202415  
202415-202416  
202416-202417  
202417-202418  
202418-202419  
202419-202420  
202420-202421  
202421-202422  
202422-202423  
202423-202424  
202424-202425  
202425-202426  
202426-202427  
202427-202428  
202428-202429  
202429-202430  
202430-202431  
202431-202432  
202432-202433  
202433-202434  
202434-202435  
202435-202436  
202436-202437  
202437-202438  
202438-202439  
202439-202440  
202440-202441  
202441-202442  
202442-202443  
202443-202444  
202444-202445  
202445-202446  
202446-202447  
202447-202448  
202448-202449  
202449-202450  
202450-202451  
202451-202452  
202452-202453  
202453-202454  
202454-202455  
202455-202456  
202456-202457  
202457-202458  
202458-202459  
202459-202460  
202460-202461  
202461-202462  
202462-202463  
202463-202464  
202464-202465  
202465-202466  
202466-202467  
202467-202468  
202468-202469  
202469-202470  
202470-202471  
202471-202472  
202472-202473  
202473-202474  
202474-202475  
202475-202476  
202476-202477  
202477-202478  
202478-202479  
202479-202480  
202480-202481  
202481-202482  
202482-202483  
202483-202484  
202484-202485  
202485-202486  
202486-202487  
202487-202488  
202488-202489  
202489-202490  
202490-202491  
202491-202492  
202492-202493  
202493-202494  
202494-202495  
202495-202496  
202496-202497  
202497-202498  
202498-202499  
202499-202500  
202500-202501  
202501-202502  
202502-202503  
202503-202504  
202504-202505  
202505-202506  
202506-202507  
202507-202508  
202508-202509  
202509-202510  
202510-202511  
202511-202512  
202512-202513  
202513-202514  
202514-202515  
202515-202516  
202516-202517  
202517-202518  
202518-202519  
202519-202520  
202520-202521  
202521-202522  
202522-202523  
202523-202524  
202524-202525  
202525-202526  
202526-202527  
202527-202528  
202528-202529  
202529-202530  
202530-202531  
202531-202532  
202532-202533  
202533-202534  
202534-202535  
202535-202536  
202536-202537  
202537-202538  
202538-202539  
202539-202540  
202540-202541  
202541-202542  
202542-202543  
202543-202544  
202544-202545  
202545-202546  
202546-202547  
202547-202548  
202548-202549  
202549-202550  
202550-202551  
202551-202552  
202552-202553  
202553-202554  
202554-202555  
202555-202556  
202556-202557  
202557-202558  
202558-202559  
202559-202560  
202560-202561  
202561-202562  
202562-202563  
202563-202564  
202564-202565  
202565-202566  
202566-202567  
202567-202568  
202568-202569  
202569-202570  
202570-202571  
202571-202572  
202572-202573  
202573-202574  
202574-202575  
202575-202576  
202576-202577  
202577-202578  
202578-202579  
202579-202580  
202580-202581  
202581-202582  
202582-202583  
202583-202584  
202584-202585  
202585-202586  
202586-202587  
202587-202588  
202588-202589  
202589-202590  
202590-202591  
202591-202592  
202592-202593  
202593-202594  
202594-202595  
202595-202596  
202596-202597  
202597-202598  
202598-202599  
202599-202600  
202600-202601  
202601-202602  
202602-202603  
202603-202604  
202604-202605  
202605-202606  
202606-202607  
202607-202608  
202608-202609  
202609-202610  
202610-202611  
202611-202612  
202612-202613  
202613-202614  
202614-202615  
202615-202616  
202616-202617  
202617-202618  
2026

卷之三

卷之三

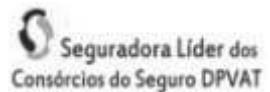
卷之三

卷之三

6 JUN 2013

www.compad.com

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0357215/19

**Vítima:** ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

**CPF:** 047.639.534-86

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 21/10/2016

**Titular do CPF:** ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

**Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### GISELLE VALENCA DE MEDEIROS : 633.249.034-91

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

### ADEILDO APRIGIO DE SOUZA : 047.639.534-86

Autorização de pagamento

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/10/2019  
Nome: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS  
CPF: 633.249.034-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2019  
Nome: Isabelli Antonia dos Santos Ursulino  
CPF: 106.719.384-79

\_\_\_\_\_  
GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

\_\_\_\_\_  
Isabelli Antonia dos Santos Ursulino

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190583259      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADEILDO APRIGIO DE SOUZA      **Data do acidente:** 21/10/2016      **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO E FRATURA DA BASE DO 1º METACARPO DIREITO (POLEGAR)

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO RESIDUAL DA PRONOSUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO, FLEXO-EXTENSÃO FÍSICO: DO PUNHO E OPONÊNCIA DO POLEGAR DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** CONSOLIDAÇÃO TOTAL DAS FRATURAS COM ALINHAMENTO ANATOMICO E REABILITAÇÃO SATISFATORIAS.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 04/11/2019

**Conduta mantida:**

**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 superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		<b>Total</b>	<b>7 %</b>	<b>R\$ 945,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190583259      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADEILDO APRIGIO DE SOUZA      **Data do acidente:** 21/10/2016      **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

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

**Data da análise:** 24/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO E URNA DIREITO.  
FRATURA DO METACARPO DA MÃO DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (RÁDIO - PLACA E PARAFUSOS / MÃO - FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** X2 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190583259      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADEILDO APRIGIO DE SOUZA      **Data do acidente:** 21/10/2016      **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

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

**Data da análise:** 24/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO E URNA DIREITO.  
FRATURA DO METACARPO DA MÃO DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (RÁDIO - PLACA E PARAFUSOS / MÃO - FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** X2 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

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

---

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190583259**

**Vítima: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA**

**Data do Acidente: 21/10/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ADEILDO APRIGIO DE SOUZA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
<b>Comprovante de residência</b>	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.
<b>Documentos de identificação</b>	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois a entregue não permite a leitura das informações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

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

---

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190583259**

**Vítima: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA**

**Data do Acidente: 21/10/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ADEILDO APRIGIO DE SOUZA**

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



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

---

Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190583259**

**Vítima: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA**

**Data do Acidente: 21/10/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ADEILDO APRIGIO DE SOUZA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190583259**

**Vítima: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA**

**Data do Acidente: 21/10/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ADEILDO APRIGIO DE SOUZA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 15 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190583259**      **Vítima: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA**

**Data do Acidente: 21/10/2016**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ADEILDO APRIGIO DE SOUZA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

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

Graduação: Em grau residual 10%

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

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

**Recebedor: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA**

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

**Banco: 033**

**Agência: 000003909**

**Conta: 000001090406-3**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190583259      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADEILDO APRIGIO DE SOUZA      **Data do acidente:** 21/10/2016      **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO E FRATURA DA BASE DO 1º METACARPO DIREITO (POLEGAR)

**Descrição do exame** AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO RESIDUAL DA PRONOSUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO, FLEXO-EXTENSÃO FÍSICO: DO PUNHO E OPONENCIA DO POLEGAR DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** CONSOLIDAÇÃO TOTAL DAS FRATURAS COM ALINHAMENTO ANATOMICO E REABILITAÇÃO SATISFATORIAS.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequelas

**Data do exame físico:** 04/11/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## 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 superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
<b>Total</b>			<b>7 %</b>	<b>R\$ 945,00</b>

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 047.639.534.86 4 - Nome completo da vítima: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

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

5 - Nome completo: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA 6 - CPF: 047.639.534-86  
 7 - Profissão: CARPinteiro 8 - Endereço: RUA ACARI  
 11 - Bairro: ALGERTO MAIA 12 - Cidade: PAMA RAGIBE  
 13 - Estado: PG 14 - CEP: 54771-700  
 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81983161306 17 - Tel. (DDD): 81983161306

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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos nacionais. Asteira é uma opção):

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

CONTA CORRENTE (caso os bancos):

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

3009

CONTA: 01090406 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, a vaga da indenização/cembolço do Seguro DPVAT, a que eu tiver direito, recuando e dando, desde já e sumamente 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 regras do acidente ou da minha residência; ou  
 • O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 • O IML que atende a regras 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, considerando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas do autorizado, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou concordia ao critério de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conceito.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:  Distrito:  Comunidade:  Gravidez:  Separado/Divorciado:  Vivos:  Mortos:    
 24 - Parente:  Irmão(a):  Irmão(a) de casal:  Irmão(a) de nascituro:  Irmão(a) de nascituro (não casado):  Irmão(a) de nascituro (casado):

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

28 - Vítima:  Sim 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?  Não  Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (não casado):  Sim  Não 31 - Vítima:  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 àquelas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que cumpre ser omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a configuração de ressarcimento ao valor recebido, a êm do responsável civil por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão  
 (digite ou  
 use o seu  
 escrivão/ônus  
 não é necessária)

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 - 1<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: RECIFE, 14 de outubro 2019  
 - Adelmo Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 047.639.534.86 4 - Nome completo da vítima: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

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

5 - Nome completo: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA 6 - CPF: 047.639.534-86  
 7 - Profissão: CARPinteiro 8 - Endereço: RUA ACARI  
 11 - Bairro: ALGERTO MAIA 12 - Cidade: PAMA RAGIBE  
 13 - Estado: PG 14 - CEP: 54771-700  
 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81983161306 17 - Tel. (DDD): 81983161306

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.001,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos nacionais. Asteira é uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (caso os bancos):

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: 01090406 (3)  
 (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, a vaga da indenização/cembolço do Seguro DPVAT, a que eu tiver direito, recuando e dando, desde já e sumamente 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 regras do acidente ou da minha residência; ou  
 • O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 • O IML que atende a regras 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, considerando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas autônomas, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou concordia ao critério de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conceito.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:  Distrito:  Comunidade:  Gravidez:  Separado/Divorciado:  Vivos:  Mortos:  Indeterminado:  Vítima:

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

28 - Vítima:  Sim 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?  Sim  Não 30 - Vítima deixou  Sim 31 - Vítima:  Sim 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Sim  Não 33 - Vítima deixou  Sim 34 - Vítima:  Sim  Não  
 teve filhos?  Vivos: Falecidos: Nasceu (não morreu)?  Sim  Não teve irmãos?  Vivos: Falecidos: Nasceu (não morreu)?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que cumpre ser omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a configuração de ressarcimento ao valor recebido, a êm do responsável civil por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão  
digitação  
não é de  
representante  
não é de testemunha

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 - 1<sup>a</sup> | Nome:

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome:

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: RECIFE, 14 de outubro 2019

→ Adelmo Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CAIXAS ELETRONICOS SANTANDER  
DEPOSITO PRATICO

24/10/2019 18:14:04 DATA CONTABIL: 24/10/2019  
LOCAL: 033.3295 - RECIFE-VEN  
TRANSACAO: 8689755 TERMINAL: 8888179

ADEILDO APRIGIO DE SOUZA  
BANCO: 033 AGENCIA: 3909 CONTA: 01-090486-3

DEPOSITO N. ENVELOPE TRANSACAO VALOR  
DINHEIRO 356189009 689755

Deposito do dia 24/10/2019  
TOTAL DOS DEPOSITOS:

A EFETIVACAO DA TRANSACAO FICA CONDICIONADA  
A CONFERENCIA DOS DOCUMENTOS E VALORES  
CONFORME INSTRUICOES DE USO CONTIDAS NO VERSO  
DO ENVELOPE.

AS OPERACOES REALIZADAS APOS O HORARIO BANCARIO,  
FINAIS DE SEMANA E FERIADOS, SERAO PROCESSADAS  
ATE O FINAL DO PROXIMO DIA UTIL

ACESSE O APP OU IB SANTANDER PARA CONSULTAS E  
TRANSACOES A QUALQUER HORA OU LUGAR.

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190583259  
Nome do(a) Examinado(a): Adeildo Aprigio de Souza  
Endereço do(a) Examinado(a): R Acari, 63  
Alberto Maia Camaragibe PE CEP: 54771-700  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 6227574  
Data local do acidente: [ 21/10/2016 ]  
Data local do exame: [ 04/11/2019 ] Recife [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO E FRATURA DA BASE DO 1º METACARPO DIREITO (POLEGAR)**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO COM PLACA E PARAFUSOS NO RÁDIO E URNA E FIOS DE AÇO NO POLEGAR.**

**Complicações: NENHUMA**

**Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO RESIDUAL DA PRONOSUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO, FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO E OPONÊNCIA DO POLEGAR DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

**(X) Sim**  **Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

**(X) Sim**  **Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**DEFÍCIT FUNCIONAL GLOBAL RESIDUAL AO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.**

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO SUPERIOR - Lado Direito**

% do dano: **(X) 10% residual**  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
Dr. LUIZ CASANOVA  
Médico  
CRM: 17761



553468

035 7215719

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 006ª CIRCUNSCRICAO - CORDEIRO - DP6ªCIRC  
DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **16E0096006423**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/10/2016** às **08:30**

Complementa o BO Número: **16E0096006421**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **21/10/2016** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CAXANGA, 1** - Bairro: **CORDEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR / AGENTE )  
LUCON GUIMARAES MENDES ( OUTRO )  
ADEILDO APRIGIO DE SOUZA ( VÍTIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

ESPORTE / LAZER / AFINS: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a);  
DESCONHECIDO  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

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

**ADEILDO APRIGIO DE SOUZA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **ANTONIA MARIA DE FREITAS** Pat: **ANTONIO APRIGIO DE SOUZA** Data de Nascimento: **12/1/1983** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6227574/SDS/PE (RG), 04783953486 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **CARPINTEIRO(A)** Telefones Celulares: **- 984135702**

Endereço Residencial: **RUA ACARI, 63 - CEP: 55000-000 - Bairro: ALBERTO MAIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** do proprietário do(a) Sr(a): **LUCON GUIMARAES MENDES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ADEILDO APRIGIO DE SOUZA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/SUZUKI/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **MOTOCICLETA DE PLACA PDL9808**

**BICICLETA (ESPORTE / LAZER / AFINS)** do proprietário do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **BICICLETA/NAO INFORMADO/NAO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

**ADEILDO APRIGIO DE SOUZA COMPARCEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA RELATANDO QUE NO DIA 21/10/2016 VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE PLACA PDL9808 PELA AVENIDA CAXANGÁ QUANDO DE REPENTE UMA PESSOA NÃO IDENTIFICADA EM UMA BICICLETA ATRAVESSOU NA SUA FRENTE PROVOCANDO O ACIDENTE E FAZENDO COM QUE A VÍTIMA VIESSE CAIR NO CANTEIRO CENTRAL DA VIA. INFORMA AINDA QUE FOI SOCORRIDO POR UMA VIATURA DO SAMU PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO DE ACORDO COM A FICHA DE ESCLARECIMENTO ATENDIMENTO N° 1363813. INFORMA TAMBÉM QUE DEVIDO A LESÃO NA MÃO DIREITA ESTÁ IMPOSSIBILITADO DE ASSINAR O BOLETIM DE Ocorrência, SENDO COMPROVADA A SUA PRESENÇA NO ATO DO REGISTRO DO REFERIDO BOLETIM COM A COLOCAÇÃO DA SUA IMPRESSÃO DIGITAL NO LOCAL DA ASSINATURA.**

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

  
**ADEILDO APRIGIO DE SOUZA**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **JOSE APOLONIO DE LYRA NETO** - Matrícula: **350546-4**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 047.639.534.86 4 - Nome completo da vítima: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

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

5 - Nome completo: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA 6 - CPF: 047.639.534-86  
 7 - Profissão: CARPinteiro 8 - Endereço: RUA ACARI  
 11 - Bairro: ALGERTO MAIA 12 - Cidade: PAMA RAGIBE  
 13 - Estado: PG 14 - CEP: 54771-700  
 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81983161306 17 - Tel. (DDD): 81983161306

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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos nacionais. Asteira é uma opção):

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

CONTA CORRENTE (caso os bancos):

Name do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

3009

CONTA:

01090406 3

(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/cembolço do Seguro DPVAT, que eu tiver direito, recuando e dando, desde já e o sumamente 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 regras do acidente ou da minha residência; ou  
 • O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 • O IML que atende a regras 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, considerando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas autônomas, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou concordia ao critério de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conceito.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:  Distrito:  Comunidade:  Gravidez:  Separado/Divorciado:  União:  14 - Parente:  Irmão(a) da vítima

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

28 - Vítima:  Sim 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?  Não 30 - Vítima deixou  Sim 31 - Vítima:  Sim 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Não 33 - Vítima deixou  Sim teve irmãos?  Não Vivos:  Não Falecidos:  Não Falecidos:  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a Indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que cumpre ser omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a configuração de ressarcimento ao valor recebido, a êm do responsável civil por crime, por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão  
 digite ou  
 use o seu  
 escrivão  
 não é necessária

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: RECIFE, 14 de outubro 2019

→ Adelmo Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RECIFE



Secretaria de Saúde  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº: 076.11.2016  
EM: 16.11.2016

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **ADEILDO APRÍGIO DE SOUZA**, portador do Documento de Identidade nº **6227574** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **047.639.534-86**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-244571**, que no dia 21 de outubro de 2016, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo bicicleta e moto, por volta das 21h30, na Avenida Caxangá - Cordeiro, Recife/PE e, em seguida, sendo encaminhado para o Hospital da Restauração, Recife, 16 de novembro de 2016.

*Dr. Sérgio Parente Costa*  
Gerente de Informação e Avaliação  
SAMU Metropolitano - Recife

*Sérgio Parente Costa*  
Dr. **Sérgio Parente Costa**  
Gerente de Informação e Avaliação  
SAMU Metropolitano do Recife

# 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: 11/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

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

CLIENTE: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 03909

CONTA: 000001090406-3

---

Nr. da Autenticação 5351B38D380C224F

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

COMPANHIA ENERGÉTICA:  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-002  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93

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 5589  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0300-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
187-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

GISELLE VALENCA DE MEDEIROS  
CPF: 633.249.034-81

## ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA FRANCISCO ALVES 105 - PR AP 104  
COND EDFR SIGMA TRADE CENTER  
ILHA DO LEITE RECIFE  
50070-480 RECIFE PE

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

## DATA DE VENCIMENTO

02/09/2019

## TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

19/08/2019

## DATA DA APRESENTAÇÃO

26/08/2019

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

074042835

## CONTA CONTRATO

002525983016

## Nº DO CLIENTE

2001955909

## Nº DA INSTALAÇÃO

0002995198

## CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

EA03.D72E.C4D5.C1AF.825B.500E.7A48.56FC

## DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	223,00	0,77546172	172,02
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,99
Acréscimo Bandeira VERMELHA			7,46
Contrib. Ilum. Pública Municipal			31,09
ICMS Subvenção-CDE-INF 0001889184-17/06/19			1,72
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>215,09</b>

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
162,28	15,40	24,67	182,28	0,74	1,34

## Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 05498300

## HISTÓRICO DO CONSUMO

		KWH
AGO	19	229
JUL	19	236
JUN	13	255
MAI	19	256
ABR	18	242
MAR	19	250
FEV	18	251
JAN	19	105
DEZ	18	274
NOV	18	238
OUT	18	273
SET	18	226
AGO	18	226

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

N\$	%
Consumo de Energia	52,22 31,08
Transmissão	5,34 3,16
Distribuição (Celpe)	28,44 21,09
Encargos Básicos	10,03 4,96
Tributos	53,14 24,15
Perda de Energia	12,11 6,54
TOTAL	167,31 100

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR ANUAL	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL			
JUN/2019								
DNC-No de horas sem Energia	GAZOMÉRC/RO	4,71	0,43	16,86				
HDI-No. de vezes sem Energia		0,00	3,11	0,28	12,45			
DNC-No. de horas sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00			
DICRI-Duração da Interrupção em dia úteis			Limite DICRI: 12,22					
EU60-Valor do Encargo de Uso - R\$ 68,63								
Total Consumo de energia para cálculo a aplicação das multas DIC, FIC, DNC e DICRI: qualquer tempo								

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios forum ruy barbosa; avenida adélio josé paulo cavalcanti lila joana branca / unilas: avenida luis paulo vista lista completa em [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br).  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
Colabora ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.499/13.  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível da tensão de fornecimento.  
Pagão, em atraso, gets multa 2% (Res.414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo. mês  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os pedidos de atendimento comercial.

## NIVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	200	231

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002525983016	08/2019	0,00	02/09/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cartão será usado em leitora ótica.

## PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvíndia 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  
ANTONIA MARIA DE FREITAS  
CPF: 299.950.864-68

DATA DE VENCIMENTO  
**23/10/2019**  
TOTAL A PAGAR (R\$)  
**148,42**

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL  
16/10/2019  
DATA DA APRESENTAÇÃO  
16/10/2019  
NÚMERO DA NOTA FISCAL  
081110664

CONTA CONTRATO  
007013496433  
Nº DO CLIENTE  
2012628748  
Nº DA INSTALAÇÃO  
0000637900

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA ACARI 63  
ALBERTO MAIA/CAMARAGIBE  
54771-700 CAMARAGIBE PE

CLASSIFICAÇÃO  
**B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL**  
Monofásico

RESERVADO AO FISCO  
**EEC0.D0E5.DD93.666B.1025.E38D.FFB4.C050**

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

## DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	151,00	0,81069952	122,41
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,50
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,85
Contrib. Ilum. Pública Municipal			16,37
ICMS Subvenção-CDE-NF 073368119-14/08/19			0,95
Multa por atraso-NF 077069742 - 12/09/19			1,80
Juros por atraso-NF 077069742 - 12/09/19			0,54
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>148,42</b>

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS		COFINS					
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOR
128,76	25,00	32,19	128,76	1,29	1,66	128,76	5,95	7,66

## Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,54933000

## HISTÓRICO DO CONSUMO

kWh

OUT	19		151
SET	19		108
AGO	19		132
JUL	19		122
JUN	19		148
MAI	19		182
ABR	19		162
MAR	19		163
FEV	19		166
JAN	19		151
DEZ	18		175
NOV	18		155
OUT	18		148

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	40,74	31,64
Transmissão	4,47	3,47
Distribuição (Celpel)	27,13	21,07
Encargos Setoriais	6,38	4,95
Tributos	41,50	32,24
Perdas de Energia	8,54	6,63
TOTAL	128,76	100

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRÍÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
ago/2019					

DIC-No de horas sem Energia TABATINGA 0,00 5,67 11,34 22,69

FIC-No. de vezes sem Energia 0,00 3,30 6,60 13,20

DMIC-Duração máxima de interrupção contínua 0,00 3,29 0,00 0,00

DICRI-Duração de interrupção em dia crítico Limite DICRI: 12,22

EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 45,05

Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
H78043	CAT	12/09/2019	29.915,00	15/10/2019	30.066,00	33	1.00000 0,00 151,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 14/11/2019

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! anne hortfruit: r. antonio pereira de lucana joao paulo ii / lela novidades: avenida da chesf timbíLista completa em [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)." Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br). Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. "Unidade com impedimento à leitura do medidor sujeita à suspensão do fornecimento de energia. Res. ANEEL 414/10." O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1% a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Consumo Estimado - Local Fechado Ocupado Medidor/Display Interno.

## DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007013496433	10/2019	148,42	23/10/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.



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](http://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: 0800-1596 / 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 Unidora: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adelito Valenca de Medeiros

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 633.249.034-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Adelito Valenca de Souza

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.639.534-86

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Adelito Valenca de Souza

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.639.534-86, 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 Lider-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. 399 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Francisco Silveira</u>	Número:	<u>105</u>	Complemento:	<u>104</u>
Bairro:	<u>Ima do Leite</u>	Cidade:	<u>Recife</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:				CEP:	<u>50070-490</u>

Local e Data: Recife, 14 de Outubro, 2019



Assinatura do Declarante



SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RECIFE



Secretaria de Saúde  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº: 076.11.2016  
EM: 16.11.2016

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **ADEILDO APRÍGIO DE SOUZA**, portador do Documento de Identidade nº **6227574** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **047.639.534-86**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-244571**, que no dia 21 de outubro de 2016, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo bicicleta e moto, por volta das 21h30, na Avenida Caxangá - Cordeiro, Recife/PE e, em seguida, sendo encaminhado para o Hospital da Restauração, Recife, 16 de novembro de 2016.

*Dr. Sérgio Parente Costa*  
Gerente de Informação e Avaliação  
SAMU Metropolitano - Recife

*Sérgio Parente Costa*  
Dr. **Sérgio Parente Costa**  
Gerente de Informação e Avaliação  
SAMU Metropolitano do Recife

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



**FICHA DE ESCLARECIMENTO**

Nº Atendimento: 1563813

Nome: Joelma Alciso De Souza

Foi atendido às 22:27 hs. do dia 21/10/2016

Diagnóstico Provável: Fratura Das Ossos Do Humero  
+ Fratura De Metacarpo De Mão Direita  
Acidente Motor Bicicleta, Cid 10: 652 + 562

Tratamento Realizado: Colo De Fraca E Parafuso Em  
Exercício + Bloco Em Jornalista Destr. No Exercício

Observação: ① Fim Da Operação Dia 29.10.16  
② Retirada Do Fim De Tiro No DIA 10/11/16  
③ Absterimento Das Atividades Lúdicas Por 30 Días

Cópia de: \_\_\_\_\_

Médico - CRM Nº

*Dr. Lázaro Tonello  
Praia do Forte  
Ceará PE 2016*

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0086