



10/03/2020

Número: **0000468-29.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **06/01/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDIVANETE PEREIRA DA SILVA (AUTOR)		Roselane Maria Barbosa da Silva (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59016857	10/03/2020 15:00	2699374_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00004682920208172001

AUSÊNCIA DE COBERTURA
SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresa seguradora com sede à Av. Marques de Olinda, 175 - Bairro do Recife - Recife - PE - CEP: 50030-000, inscrita no CNPJ sob o número 33.054.826/0001-92 e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EDIVANETE PEREIRA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **19/06/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 26/09/2019.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC¹.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

¹“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frise-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.



A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral².

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima³.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁴.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁵

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

² RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

³ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁴ “SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁵ **art. 1º . (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017



Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 9 de março de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **EDIVANETE PEREIRA DA SILVA**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00004682920208172001.

Rio de Janeiro, 9 de março de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





10/03/2020

Número: **0000468-29.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **06/01/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDIVANETE PEREIRA DA SILVA (AUTOR)		Roselane Maria Barbosa da Silva (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59016862	10/03/2020 15:00	ANEXO 1	Outros (Documento)



GOVERNADORIA
Pernambuco



SUS
Sistema
Único
de Saúde



Registro: 14241 Nome: EDIVANETE PEREIRA DA SILVA
Médico solíc.: A HREC CRM: 2012

Data de nasc.: 29/03/74

Data do atend.: 19/06/2019 Hora: 13:46

CONSULTA ORTOPÉDICA

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

QUEDA DE MOTO E TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO

Exame Físico:

DOR +EDEMA +LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS

Resultados de Exames:

RX

Conduta:

AINES+ORIENTAÇÕES+ TALA BOTA+SEGUIMENTO HOSPITALAR +ALTA DA ORTOPEDIA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Óbito: Não

Dr. Marcelo Alves

Ortopedia e Traumatologia
Medicina do Trabalho
CRM-PB 7001 CREMEPE-18836

Dr. MARCELO NUNES ALVES DE SOUSA
CRM: 18836





Pernambuco



SUS

Sistema
Único
de Saúde



Hospital do
Tricentenário

Registro: 14241 Nome: EDIVANETE PEREIRA DA SILVA
Médico solíc.: A HREC CRM: 2012

Data de nasc.: 29/03/74

Data do atend.: 19/06/2019 Hora: 13:46

CONSULTA ORTOPÉDICA

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

QUEDA DE MOTO E TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO

Exame Físico:

DOR +EDEMA +LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS

Resultados de Exames:

RX

Conduta:

AINES+ORIENTAÇÕES+ TALA BOTA+SEGUIMENTO HOSPITALAR +ALTA DA ORTOPEDIA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Óbito: Não

Dr. Marcelo Alves
Ortopedia e Traumatologia
Médico do Trabalho
CRM: 18836

Dr. MARCELO NUNES ALVES DE SOUSA
CRM: 18836





**DR. ANDRÉ
PEIXOTO**

Ortopedia e Reumatologia
CRM/PE 18426

LAUDO MÉDICO / ORTOPÉDICO
(Conforme resolução CFM 1.851/2008)

Declaro, para os devidos fins, que o(a) Sr(a). Edivanete Pereira da Silva, 45 anos, foi vítima de acidente motociclistico dia 19/06/2019 , apresentando ferimento extenso em região lateral de tornozelo esquerdo, sendo submetida a curativos seriados e desbridamento de epidermólise do tecido epitelial necrosado. além disso tem o diagnóstico de fibromialgia pela aplicação do questionário da ACR-2016 , sendo prescrito tratamento multidisciplinar (psicoterapia , fisioterapia e acompanhamento com ortopedista) .Está com ferimento em processo de cicatrização e necessita de um período de no mínimo 90(noventa) dias de afastamento das atividades que exijam carga ou esforço físico. Solicito pericia médica junto ao DPVAT e Instituto Nacional do Seguro Social.

CID : S81.9, M79.7

31 de Julho de 2019

Dr. André Luis Peixoto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 18426

Dr. André Peixoto
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PE: 18426 RQE: 5090

Rua Senador Paulo Guerra, 215, Centro - Afogados da Ingazeira - PE.
(87) 3838-1383 / (87) 99984-1337



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

**VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS**
1107264548

NOME
EDIVANETE PEREIRA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
5099324 SDS PE

CPF
945.952.326-20

DATA NASCIMENTO
29/03/1974

PLACAO
SEVERINO IMACIO
PEREIRA
TERESINHA PEREIRA
SILVA

PERMISSÃO
ACC

CAC HVE
AB

1ª REGISTRO
05052172210

VALIDADE
09/10/2020

1ª HABILITAÇÃO
08/10/2010

OBSERVAÇÕES
sem observações

Edivanete Pereira da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
APOGADOS DA INGENHEIRA - PE

DATA EMISSÃO
13/10/2015

[Assinatura]
ASSINATURA DO EMISSOR

89144218605
FED069195005

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1107264548

MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

O DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
É O ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO, VALIDADE E
RENOVAÇÃO DA CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2.761.780 26/04/2017

NOBRE
 << HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA >>

PRIMEIRO NOME
 << ANTONIO DE PAULA LIBERAL >>
 << HELENA SIQUEIRA LIBERAL >>

LOCAL DE NASCIMENTO
 AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE 16/09/1965

DOCUMENTO
 << CC. 1.362 LB-2 F.108 CART. 1º
 AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE 06.10.1993 >>

589.391.134-20

LEI Nº 7 DE 28/08/83

F-76 173.103 - 3021

E-01

REPUBLICA DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE JUSTIÇA SOCIAIS
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO

HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO



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

**VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS**
1107264548

Foto

NOME
EDIVANETE PEREIRA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
5099324 SDS PE

CPF
945.952.326-20

DATA NASCIMENTO
29/03/1974

PLACAO
SEVERINO IMACIO
PEREIRA
TERESINHA PEREIRA
SILVA

PERMISSÃO
ACC

CAC HVE
AB

1ª EMISSÃO
05/05/2010

VALIDADE
09/10/2020

1ª HABILITAÇÃO
08/10/2010

OBSERVAÇÕES
sem observações

Edivanete Pereira da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
APOGADOS DA INGENHEIRA - PE

DATA EMISSÃO
13/10/2015

[Assinatura]
ASSINATURA DO EMISSOR

89144218605
FED069195005

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1107264548

MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

O DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
É O ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO, VALIDADE E
RENOVAÇÃO DA CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2.761.780 26/04/2017

NOBRE
 << HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA >>

PRIMEIRO NOME
 << ANTONIO DE PAULA LIBERAL >>
 << HELENA SIQUEIRA LIBERAL >>

LOCAL DE NASCIMENTO
 AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE DATA DE NASCIMENTO
 16/09/1965

DOC. PROVA
 << CC. 1.362 LB-2 F.108 CART. 1º
 AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE 06.10.1993 >>

589.391.134-20

LEI Nº 7 DE 28/08/83 F-76 173.103 - 3021

E-01

REPUBLICA DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE JUSTIÇA SOCIAIS
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO

HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
Nº 014487530268		EXERCÍCIO: 2019	
EDIVANETE PEREIRA DA SILVA		REN/AVIA: 228994201	
TABIRA-PE		PLACA: KEQ7904	
945.952.324-20		CHASSI: 9C2JC4220AR350673	
ESPECIE TIPO: PAS / MOTONETA		COMBUSTÍVEL: GASOLINA	
MARCA / MODELO: HONDA / BIZ 125 E3		ANO FAB: 2010	
CAP / POT / CIL: 2P / 124CL		CATEGORIA: PARTIC	
COTA ÚNICA: 1		VENO / COTAS: 1*	
IPVA 2019 QUITADO		2*	
FAIXA IPVA: 1		3*	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 80.11		PRÊMIO TOTAL (R\$): 84.58	
IOF (R\$): 0.22		DATA DE PAGAMENTO: 19/02/19	
PARCELAMENTO / COTAS: 1		OBSERVAÇÕES:	
SEM RESERVA		OBRIGATORIO	
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA		TABIRA-PE	
ROBERTO CARLOS MORAES FORTALLAS		21/02/19	
ROBERTO CARLOS MORAES FORTALLAS		21/02/19	

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT	
PE Nº 014487530268 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
EDIVANETE PEREIRA DA SILVA	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA	
www.seguradoralider.com.br	
SAC DPVAT 0800 022 1204	
TABIRA-PE	
EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 21/02/19	
VIA: 1	
CPF / CNPJ: 945.952.324-20	
PLACA: KEQ7904	
RENAVAM: 228994201	
MARCA / MODELO: HONDA / BIZ 125 E3	
ANO FAB: 2010	
CATEGORIA: PARTIC	
CHASSI: 9C2JC4220AR350673	
PRÊMIO TARIFÁRIO	
FMS (R\$): 36.08	
DENATRAM (R\$): 4.01	
CUSTO DO SEGURO (R\$): 40.08	
CUSTO DO BILHETE (R\$): 4.15	
IOF (R\$): 0.32	
TOTAL EMITIDO (R\$): 84.58	
PAGAMENTO	
COTA ÚNICA: X	
PARCELADO:	
DATA DE QUITAÇÃO: 19/02/19	
SEGURO LÍDER - DPVAT	
CNPJ 09.248.408/0001-04	
OBSERVAÇÕES: O BILHETE DPVAT NÃO É VÁLIDO PARA TRANSFERENCIA	





IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Edicande Pereira da Silva
 DATA DO ACIDENTE 19.06.2019 CPF DA VÍTIMA 945.952.324-20
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Relatório Siqueri - Leilão Sil.
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É Procuradora
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. 36 Novembro Lino
 Nº 288 COMPLEMENTO coac BAIRRO Paulista
 CIDADE Abadia de Lages UF SC CEP 56800-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (47) 99912-9089

MARQUE O PARÁ CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OMS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
 • MORTE - R\$ 13.500,00
 • INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PRESTADA NA LEI 6.194/77.
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - RESBIBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (RESBIBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE 0761780

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA





IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Ediciane Pereira da Silva
DATA DO ACIDENTE 19.06.2019 CPF DA VÍTIMA 945.952.324-20
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Helene Simões - Leilane Sil.
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Procuradora
ENDEREÇO DO PORTADOR R. 36 - Vila Rica - Ubatuba - SP
Nº 288 COMPLEMENTO COAC BAIRRO Paulista
CIDADE Ubatuba de Jussara UF SP CEP 56800-000
E-MAIL _____ TELEFONE (13) 99912-9089

MARQUE X PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE - R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PRESTADA NA LEI 6.194/77.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE 07/06/1980

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190582550 **Cidade:** Iguaraci **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIVANETE PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 19/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190582550 **Cidade:** Iguaraci **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIVANETE PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 19/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE : EDIVANETE PEREIRA DA SILVA, brasileira , casada ,agricultor , residente e domiciliar na rua Maria Claudino silva nº 309 bairro Izidio de AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE CEP 56800-000, portador do RG Nº 5099314 SDS/PE e CPF 945.952.324-20.

Outorgado: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA, brasileira, estada civil casada, profissão autônoma, residente e domiciliado à Rua Henrique dias, nº 288, bairro centro AFOGADOS DA INGAZEIRA, Estado de PE CEP. 56.800.000, portadora do RG 2761780 SDS / PE e CPF nº 589.391.134-20

Por este instrumento particular de procuração, o(a)outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu bastante procurador (a) ,para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do consócio seguro DPVAT , o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de transito o (a) EDIVANETE PEREIRA DA SILVA (a) ocorrido em 19/06/2019,conforme registro pelo B.O anexo ao processo..

Podendo dito (a) procurador (a), representar o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) fosse, podendo requerer, **assinar declarações de endereço ,assinar autorização de pagamento /credito de indenização de sinistro DPVAT ,para o pagamento de quitação da indenização de sinistro DPVAT ,** enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.



AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE-26/09/2019

OURTOGANTE Edivanete Pereira da Silva.

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadei

PE
CARTÓRIO UMBERTO GOMES
Procurador Autorizado de Aracaju, Sergipe, 187 - Centro
CEP: 56000-000 - Aracaju/SE
Tel: (71) 3838-3303 | e-mail: cartorioumbertogomes@gmail.com

Reconheço Por Autenticidade a firma de EDIVANETE PEREIRA DA SILVA e dou fé. Em testemunho da verdade. Emol: R\$ 3,51, TSN: R\$ 0,80, FERC: R\$ 0,40, FERM: R\$ 0,04 e FUNSEG: R\$ 0,08, ISS: 0,08 TOTAL: 4,91 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital. 27/09/2019 07:57:34 - LUCILIO VALEIRIO SILVA DOS SANTOS - Substituto Selo: 0150599.KON10920190102122

Lucilio Valerio S. Santos
ESCREVENTE



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE : EDIVANETE PEREIRA DA SILVA, brasileira , casada ,agricultor , residente e domiciliar na rua Maria Claudino silva nº 309 bairro Izidio de AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE CEP 56800-000, portador do RG Nº 5099314 SDS/PE e CPF 945.952.324-20.

Outorgado: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA, brasileira, estada civil casada, profissão autônoma, residente e domiciliado à Rua Henrique dias, nº 288, bairro centro AFOGADOS DA INGAZEIRA, Estado de PE CEP. 56.800.000, portadora do RG 2761780 SDS / PE e CPF nº 589.391.134-20

Por este instrumento particular de procuração, o(a)outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu bastante procurador (a) ,para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do consócio seguro DPVAT , o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de transito o (a) EDIVANETE PEREIRA DA SILVA (a) ocorrido em 19/06/2019,conforme registro pelo B.O anexo ao processo..

Podendo dito (a) procurador (a), representar o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) fosse, podendo requerer, **assinar declarações de endereço ,assinar autorização de pagamento /credito de indenização de sinistro DPVAT ,para o pagamento de quitação da indenização de sinistro DPVAT** , enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.



AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE-26/09/2019

OUTORGANTE Edivanete Pereira da Silva.

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadei

PE
CARTÓRIO UMBERTO GOMES
Procurador Autorizado de Aracaju, Sergipe, 187 - Centro
CEP: 56000-000 - Aracaju - SE
Tel: (71) 3838-3303 | e-mail: cartorioumbertogomes@gmail.com

Reconheço Por Autenticidade a firma de EDIVANETE PEREIRA DA SILVA e dou fé. Em testemunho da verdade. Emol: R\$ 3,51, TSN: R\$ 0,80, FERC: R\$ 0,40, FERM: R\$ 0,04 e FUNSEG: R\$ 0,08, ISS: 0,08 TOTAL: 4,91 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital. 27/09/2019 07:57:34 - LUCILIO VALEIRIO SILVA DOS SANTOS - Substituto Selo: 0150599.KON109201901.02122

Lucilio Valerio S. Santos
ESCREVENTE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0356681/19

Vítima: EDIVANETE PEREIRA DA SILVA

CPF: 945.952.324-20

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDIVANETE PEREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA : 589.391.134-20

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

EDIVANETE PEREIRA DA SILVA : 945.952.324-20

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: 14/10/2019
Nome: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA
CPF: 589.391.134-20

HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380472/19

Vítima: EDIVANETE PEREIRA DA SILVA

CPF: 945.952.324-20

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDIVANETE PEREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA : 589.391.134-20

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

EDIVANETE PEREIRA DA SILVA : 945.952.324-20

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: 30/10/2019
Nome: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA
CPF: 589.391.134-20

HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2019
Nome: RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA
CPF: 703.646.014-85

RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA





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

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190582550

Vítima: EDIVANETE PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDIVANETE PEREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14978924

Pag. 01433/01434 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190582550 Vítima: EDIVANETE PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), EDIVANETE PEREIRA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 19/06/2019, emitido pelo Dr. MARCELO NUNES ALVES DE SOUSA CRM nº 18836 - PE, da Instituição HOSPITAL TRICENTENÁRIO, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01343/01344 - carta_31 - INVALIDEZ

00290672



Carta nº 14989339



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: 945.952.324-20 4 - Nome completo da vítima: EDIVANETE PEREIRA 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: EDIVANETE PEREIRA DA SILVA 6 - CPF: 945.952.324-20
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA MARIA CLAUDINA SILVA 9 - Número: 309 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: IZIDIO 12 - Cidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56800-000
15 - E-mail: AFOFARDAS.HELENITA@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 87-99912-9089

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 (Todas os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1433 CONTA: 56252 0 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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 (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, 09/10/2019 AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE

x Edivanete Pereira da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Helena Siqueira Tibalski

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



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: 945.952.324-20 4 - Nome completo da vítima: EDIVANETE PEREIRA 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: EDIVANETE PEREIRA DA SILVA 6 - CPF: 945.952.324-20
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA MARIA CLAUDINA SILVA 9 - Número: 309 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: IZIDIO 12 - Cidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56800-000
15 - E-mail: AFOFARDAS.HELENITA@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 87-99912-9089

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 (Todas as bancas)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1433 CONTA: 56252 0 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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 (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, 09/10/2019 AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE

x Edivanete Pereira da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Helena Siqueira Tibalski

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



26/09/2019

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/Infopdf/html/BOEPreview.html



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 171ª CIRCUNSCRIÇÃO - IGUARACI - DP171ªCIRC DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0261000333

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/09/2019** às **12:48**

Complementa o BO Número: **19E0261000278**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **19/6/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE IGUARACI, 1, RUA DO CAMPO, EM FRENTE AO POSTINHO - Bairros: LOTEAMENTO VILA NOVA - IGUARACY/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
EDIVANETE PEREIRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EDIVANETE PEREIRA DA SILVA

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

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

EDIVANETE PEREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: TEREZINHA PEREIRA SILVA Pai: SEVERINO INACIO PEREIRA Data de Nascimento: 3/10/2010 Naturalidade: IGUARACY / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5099314/SDS/PE (RG) 94595232420 (CPF) 05052172218 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: DESEMPREGADO(A) Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 1, RUA IZIDIO LEITE - CEP: 56800-000 - Bairro: COSTA - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): EDIVANETE PEREIRA DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): EDIVANETE PEREIRA DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA/BIZ 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **ROSA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Placa: **KFQ7904** (PERNAMBUCO/TABIRA) Renavam: **228394201** Chassi: **9C2JC4220AR350673**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **MOTONETA HONDA BIZ 125 ES PLACA KFQ7904 2PH24CL**

Complemento / Observação

A SENHORA EDIVANETE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA RELATAR QUE SOFRERA UM ACIDENTE NO DIA 19, DE JULHO DE 2019, QUANDO CONDUZIA A SUA MOTONETA NA RUA DO CAMPO, BAIRRO SANTA ANA - IGUARACY/PE, NA OCASIÃO, A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA EM BOMBA VELOCIDADE, QUANDO EM DADO MOMENTO, PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE LOCAL, DESVIARA DE UMA SENHORA QUE TRANSITAVA NA RUA E AQUELA PERDERA O CONTROLE DA

file:///C:/Users/SDS/Infopdf/html/BOEPreview.html

1/2



26/09/2019

Boletim de Ocorrência

MOTONETA, VINDO A CAIR AO CHÃO. A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL EMÍLIA CÂMARA. NO LAUDO DO ATENDIMENTO MÉDICO, CONSTA QUE A VÍTIMA SOFRERA UM TRAUMA NO TORNOZELO ESQUERDO, SENDO NECESSÁRIO IMOBILIZAÇÃO DO MEMBRO. ESTE BO FOI ADITADO POR CONTA DO FATO TER ACONTECIDO EM 19/08/2019 E NÃO NO DIA 19/07/2019 COMO CONSTA.

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

Edivanete Pereira da Silva.

EDIVANETE PEREIRA DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: *Martim Afonso Serafim* - Matrícula: 152375-9



Res/Cultra/306/infopol/mt/00/Previschmi

2/2





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 171ª CIRCUNSCRIÇÃO - IGUARACI - DP171ªCIRC DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0261000278**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/08/2019** às **15:18**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado), que aconteceu no dia **19/7/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE IGUARACI, 1, RUA DO CAMPO, EM FRENTE AO POSTINHO** - Bairro: **LOTEAMENTO VILA NOVA - IGUARACY/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR: AGENTE)
EDIVANETE PEREIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EDIVANETE PEREIRA DA SILVA

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

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

EDIVANETE PEREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: TEREZINHA PEREIRA SILVA Pai: SEVERINO INACIO PEREIRA Data de Nascimento: 8/10/2010 Naturalidade: IGUARACY / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5099314/SDS/PE (RG): 94595232420 (CPF): 05032172218 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: DESEMPREGADO(A) Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 1, RUA IZIDIO LEITE - CEP: 56800000 - Bairro: COSTA - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): EDIVANETE PEREIRA DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): EDIVANETE PEREIRA DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA/BEZ 125** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **ROSA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KFQ7904 (PERNAMBUCO/TABIRA)** Renavam: **228394201** Chassi: **9C2JC4220AR350673**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **MOTONETA HONDA BEZ 125 ES PLACA KFQ7904 2PH24CL**

Complemento / Observação

A SENHORA EDIVANETE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA RELATAR QUE SOFRERA UM ACIDENTE NO DIA 19, DE JULHO DE 2019, QUANDO CONDUZIA A SUA MOTONETA NA RUA DO CAMPO, BAIRRO SANTA ANA - IGUARACY/PE, NA



19/06/2019

Boletim de Ocorrência

OCASIÃO, A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA EM BAIXA VELOCIDADE, QUANDO EM DADO MOMENTO, PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE LOCAL, DESVIARA DE UMA SENHORA QUE TRANSITAVA NA RUA E AQUELA PERDERA O CONTROLE DA MOTONETA, VINDO A CAIR AO CHÃO. A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL EMÍLIA CÂMARA. NO LAUDO DO ATENDIMENTO MÉDICO, CONSTA QUE A VÍTIMA SOFRERA UM TRAUMA NO TORNOZELO ESQUERDO, SENDO NECESSÁRIO IMOBILIZAÇÃO DO MEMBRO.

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

EDIVANETE PEREIRA DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **REANTO CELIO IRINEU PETROVICH** - Matrícula: 3876900

DELEGACIA DE POLÍCIA DE IGUAZU

171ª CIRCUNSCRIÇÃO



26/09/2019

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/Infopdf/html/BOEPreview.html



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 171ª CIRCUNSCRIÇÃO - IGUARACI - DP171ªCIRC DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0261000333

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/09/2019 às 12:48**

Complementa o BO Número: **19E0261000278**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **19/6/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE IGUARACI, 1, RUA DO CAMPO, EM FRENTE AO POSTINHO - Bairros: LOTEAMENTO VILA NOVA - IGUARACY/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
EDIVANETE PEREIRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): EDIVANETE PEREIRA DA SILVA

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

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

EDIVANETE PEREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: TEREZINHA PEREIRA SILVA Pai: SEVERINO INACIO PEREIRA Data de Nascimento: 3/10/2010 Naturalidade: IGUARACY / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5099314/SDS/PE (RG): 94595232420 (CPF): 05052172218 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: DESEMPREGADO(A) Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 1, RUA IZIDIO LEITE - CEP: 56800-000 - Bairro: COSTA - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): EDIVANETE PEREIRA DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): EDIVANETE PEREIRA DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: MOTONETA/HONDA/BIZ 125 Objeto apreendido: Não
Cor: ROSA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KFG7904 (PERNAMBUCO/TABIRA) Renavam: 228394201 Chassi: 9C2JC4220AR350673
Ano Fabricação/Modelo: 2010/2010 Combustível: GASOLINA
Descrição: MOTONETA HONDA BIZ 125 ES PLACA KFG7904 2PH24CL

Complemento / Observação

A SENHORA EDIVANETE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA RELATAR QUE SOFRERA UM ACIDENTE NO DIA 19, DE JULHO DE 2019, QUANDO CONDUZIA A SUA MOTONETA NA RUA DO CAMPO, BAIRRO SANTA ANA - IGUARACY/PE, NA OCASIÃO, A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA EM BOMBA VELOCIDADE, QUANDO EM DADO MOMENTO, PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE LOCAL, DESVIARA DE UMA SENHORA QUE TRANSITAVA NA RUA E AQUELA PERDERA O CONTROLE DA

file:///C:/Users/SDS/Infopdf/html/BOEPreview.html

1/2



26/09/2019

Boletim de Ocorrência

MOTONETA, VINDO A CAIR AO CHÃO. A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL EMÍLIA CÂMARA. NO LAUDO DO ATENDIMENTO MÉDICO, CONSTA QUE A VÍTIMA SOFRERA UM TRAUMA NO TORNOZELO ESQUERDO, SENDO NECESSÁRIO IMOBILIZAÇÃO DO MEMBRO. ESTE BO FOI ADITADO POR CONTA DO FATO TER ACONTECIDO EM 19/08/2019 E NÃO NO DIA 19/07/2019 COMO CONSTA.

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

Edivanete Pereira da Silva.

EDIVANETE PEREIRA DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: *Martim Afonso Serafim* - Matrícula: 152375-9



Res/Culpa/BOs info@pm.pe.gov.br

2/2





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 171ª CIRCUNSCRIÇÃO - IGUARACI - DP171ªCIRC DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0261000278**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/08/2019** às **15:18**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **19/7/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE IGUARACI, 1, RUA DO CAMPO, EM FRENTE AO POSTINHO - Bairro: LOTEAMENTO VILA NOVA - IGUARACY/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR: AGENTE)
EDIVANETE PEREIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EDIVANETE PEREIRA DA SILVA

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

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

EDIVANETE PEREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: TEREZINHA PEREIRA SILVA Pai: SEVERINO INACIO PEREIRA Data de Nascimento: 8/10/2010 Naturalidade: IGUARACY / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5099314/SDS/PE (RG): 94595232420 (CPF): 05032172218 (CNPJ) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: DESEMPREGADO(A)
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 1, RUA IZIDIO LEITE - CEP: 56800000 - Bairro: COSTA - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): EDIVANETE PEREIRA DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): EDIVANETE PEREIRA DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA/BEZ 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **ROSA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KFQ7904 (PERNAMBUCO/TABIRA) Renavam: 228394201 Chassi: 9C2JC4220AR350673**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010 Combustível: GASOLINA**
Descrição: **MOTONETA HONDA BEZ 125 ES PLACA KFQ7904 2PH24CL**

Complemento / Observação

A SENHORA EDIVANETE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA RELATAR QUE SOFRERA UM ACIDENTE NO DIA 19, DE JULHO DE 2019, QUANDO CONDUZIA A SUA MOTONETA NA RUA DO CAMPO, BAIRRO SANTA ANA - IGUARACY/PE, NA



19/06/2019

Boletim de Ocorrência

OCASIÃO, A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA EM BAIXA VELOCIDADE, QUANDO EM DADO MOMENTO, PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE LOCAL, DESVIARA DE UMA SENHORA QUE TRANSITAVA NA RUA E AQUELA PERDERA O CONTROLE DA MOTONETA, VINDO A CAIR AO CHÃO. A VÍTIMA FOI ENCAIXOTADA PARA O HOSPITAL EMÍLIA CÂMARA. NO LAUDO DO ATENDIMENTO MÉDICO, CONSTA QUE A VÍTIMA SOFRERA UM TRAUMA NO TORNOZELO ESQUERDO, SENDO NECESSÁRIO IMOBILIZAÇÃO DO MEMBRO.

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

EDIVANETE PEREIRA DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **REANTO CELIO IRINEU PETROVICH** - Matrícula: 3876900

DELEGACIA DE POLÍCIA DE IGUAZU

171ª CIRCUNSCRIÇÃO



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: 945.952.324-20 4 - Nome completo da vítima: EDIVANETE PEREIRA 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: EDIVANETE PEREIRA DA SILVA 6 - CPF: 945.952.324-20
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA MARIA CLAUDINA SILVA 9 - Número: 309 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: IZIDIO 12 - Cidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56800-000
15 - E-mail: AFOFARDAS.HELENITA@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 87-99912-9089

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 (Todas os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1433 CONTA: 56252 0 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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 (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, 09/10/2019 AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE

x Edivanete Pereira da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Helena Siqueira Tibalski

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



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: 945.952.324-20 4 - Nome completo da vítima: EDIVANETE PEREIRA 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: EDIVANETE PEREIRA DA SILVA 6 - CPF: 945.952.324-20
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA MARIA CLAUDINA SILVA 9 - Número: 309 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: IZIDIO 12 - Cidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56800-000
15 - E-mail: AFOFARDAS.HELENITA@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 87-99912-9089

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 (Todas as bancas)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1433 CONTA: 56252 0 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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 (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, 09/10/2019 AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE

x Edivanete Pereira da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Helena Siqueira Tibalski

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





GOVERNADORIA
Pernambuco



SUS
Sistema
Único
de Saúde



Registro: 14241 Nome: EDIVANETE PEREIRA DA SILVA
Médico solíc.: A HREC CRM: 2012

Data de nasc.: 29/03/74

Data do atend.: 19/06/2019 Hora: 13:46

CONSULTA ORTOPÉDICA

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

QUEDA DE MOTO E TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO

Exame Físico:

DOR +EDEMA +LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS

Resultados de Exames:

RX

Conduta:

AINES+ORIENTAÇÕES+ TALA BOTA+SEGUIMENTO HOSPITALAR +ALTA DA ORTOPEDIA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

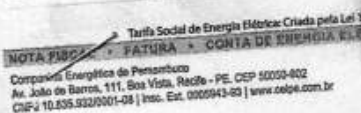
Óbito: Não

Dr. Marcelo Alves

Ortopedia e Traumatologia
Medicina do Trabalho
CRM-PB 7001 CREMEPE-18836

Dr. MARCELO NUNES ALVES DE SOUSA
CRM: 18836





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MARIA CLAUDINO SILVA 306

(Z)IDIO LEITE/AFOGADOS DA INGAZEIRA
AFOGADOS DA INGAZEIRA PE
56800-000

CONTA CONTRATO	SPEDIR
7020530647	07/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE EMISSÃO DO TITULO
05/08/2019	28/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	13,46

IP DA BOTA PERCA	SERIE	EMISSAO
071825870	UNICA	28/07/2019
IP DA IDENTIFICACAO	IP DO CLIENTE	IP DA IDENTIFICACAO
000000000	2001036780	8158170

29/07/2019	200103000	DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
			30,00000000	0,16219255	5,78
			70,00000000	0,32945590	23,06
			8,00000000	0,45416370	3,63
		Consumo Ativo até 30 kWh			0,78
		Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh			11,42
		Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh			0,42
		Acréscimo Bandeira AMARELA			0,07
		Contrib. Ilum. Pública Municipal			0,05
		Multa por atraso-NF 087769043 - 27/08/19			-1,00
		Juros por atraso-NF 087769043 - 27/08/19			
		Atualização IGPM-NF 087769043 - 27/08/19			
		Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10 439/2002			

TOTAL DA FATURA		DEMONSTRATIVO DE CONSUMO SEMA NOTA FISCAL						CONSUMO (MWh)
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO CAT	ANTERIOR	ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	128,00
		DATA	LEITURA	DATA				
3101471340		27-07-2018	5.262,00	29-07-2018	22	1,00000		
CONTABILIZAÇÃO DO CONSUMO								

PERCENTUAL DE CONSUMO
Mês em 1998

Mês	Consumo (%)
JUL 98	105
AGO 98	79
SET 98	101
OCT 98	115
NOV 98	110
DEZ 98	121
JAN 99	117
FEB 99	107
MAR 99	112
ABR 99	114
MAY 99	99
JUN 99	111
JUL 99	102

REGRAS DE CONSUMO

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	30,58	0,50
PIS	32,58	2,31
COFINS		1,24

COMPENSAÇÃO DE CANCELAMENTOS

	R\$	%
Cancelamento de Energia	13,10	45,37%
Transmissão	1,08	3,70%
Distribuição (Cade)	10,12	34,85%
Perdas de Energia	3,19	10,92%
Energia Solar	0,89	3,04%
Outros	1,50	5,07%
Total	20,58	70,95%

Saldo a Pagar

	R\$	%
Saldo a Pagar	20,58	70,95%
Saldo a Receber	8,42	28,95%

REGRAS DE CÁLCULO

48BB B11D SC09 AC02 3416 DTCE B145 9520

FARMACOS IMPORTANTES

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Registre-se no site www.cetec.br em serviços de atendimento - ou, em qualquer outro caso, escreva para o "Núcleo de Atendimento ao Cliente" da CETEC, em Av. Aracati, 100, 1º andar, sala 101, CEP 01048-000, São Paulo, SP. E-mail: atendimento@cetec.br. Para mais informações, consulte o site www.cetec.br. A CETEC não se responsabiliza por danos ou prejuízos decorrentes do uso indevido das informações disponibilizadas no site. A CETEC não se responsabiliza por danos ou prejuízos decorrentes do uso indevido das informações disponibilizadas no site. A CETEC não se responsabiliza por danos ou prejuízos decorrentes do uso indevido das informações disponibilizadas no site.

As informações aqui apresentadas foram obtidas a partir de dados coletados em pesquisas realizadas em 1998, 2000 e 2002, com o objetivo de avaliar a percepção dos usuários sobre a qualidade dos serviços de saúde oferecidos pelo SUS. Os dados foram coletados em 1998, 2000 e 2002, com o objetivo de avaliar a percepção dos usuários sobre a qualidade dos serviços de saúde oferecidos pelo SUS.

ESTADO	VALOR DE APOIO DA ENGAZERA	NÍVEL DE FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS				NÍVEL DE TENSÃO		
		VALOR DE APOIO DA ENGAZERA	LIMITE INFERIOR	LIMITE SUPERIOR	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE USUAGEM (V)	MANEJO
DF	0,07	0,09	12,08	24,12	220	232	231	
PE	1,20	3,36	6,72	13,44				
PC	0,07	0,09	0,00	0,00				



DADOS DO CLIENTE
JOAO VIANEY V SILVA MERCEARIA ME

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA HENRIQUE DIAS 288

CNPJ 70.221.486/0001-73

CENTRO AFOGADOS DA INGAZEIRA
 AFOGADOS DA INGAZEIRA PE
 56800-000

CLASSIFICAÇÃO
B3 COMERCIAL
COMERCIAL

NP DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
077267827	ÚNICA	13/09/2019
APRESENTAÇÃO	NP DO CLIENTE	NP DA REGULAÇÃO
13/09/2019	2011644471	9860

CÓDIGO CONTRATO	USUARIO
7008375172	09/2019
FECHA DE VENCIMIENTO	FECHA DE EMISIÓN DEL DOCUMENTO
20/09/2019	16/10/2019
TOTAL A PAGAR (MIL)	210.41

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abvo(W/h)	201,0000000	0,77952326	156,68
Acrescimo Bandeira VERMELHA			11,35
Contrib. Sub. Pcia Municipal			25,00
ICMS Sub. Pcia Municipal			32,00
Multa por atraso-NF 069689344 - 15/07/19			1,00
Juros por atraso-NF 069689344 - 15/07/19			2,00
Juros por atraso-NF 069689344 - 15/07/19			1,00
Atualizacao IGP-M NF 069689344 - 15/07/19			0,00

TOTAL DA FATURA	210
-----------------	-----

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MOTOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (M)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
73228	CAT	15-08-2019	71 877,20	13-09-2019	72 078,00	28	1,00000		201

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE IMPOSTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês/Ano	Consumo (kWh)	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Geração de Energia	Valor (R\$)
SET18	201	189,00	25,00	47,02	Transmissão	R\$ 5,52
AGO18	328	189,00	0,81	1,28	Distribuição (Cabo)	R\$ 35,20
AGO18	328	189,00	0,81	1,28	Perdas de Energia	R\$ 11,11
AGO18	328	189,00	0,81	1,28	Energia que Sobresta	R\$ 0,28
AGO18	328	189,00	0,81	1,28	Tributos	R\$ 49,61
AGO18	328	189,00	0,81	1,28	Total	R\$ 100,00

INFORMAÇÕES PORTANTES

[illegible]

ATENÇÃO! A CEL PE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

EM ATÉ 15 DIAS, SEM O DEBITO DE CAUSAR O CORTE					
Vencido	Descontado	Valor	Vencido	Descontado	Valor
23/08/18	13/09/18	226,30			

Este comunicado NÃO substitui meus relatórios anteriores e NÃO contém ativos em análise ou
solução. Caso a supervisão do fornecimento permita por parte do(a) cliente, poderá ocorrer o
cancelamento do contrato, podendo também haver alguma confusão de critérios definidos no Art. 5º
DOU Nº 13/2008. Poderá ocorrer alguma de natureza, bem como inclusão nos registros de resultados de
credito SPC e SERASA.

As condições gerais de
participação são: idade
41-60/70/81, sexo, profissão,
acesso profissional, educação e
encontro de educação, para
construir, em um único
momento, a vida.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERUPÇÕES				NÍVEL DE TENSÃO	
* APROXIMAÇÃO INICIAL	VALOR esperado	LIMITE inferior	LIMITE superior	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V) esperado
DIC	0,00	6,03	12,08	220	202 231
FIC	0,00	3,36	6,72	380	350 389
DISIC	0,03	3,94	0,00		

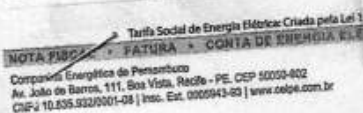
Fonte: DICR - 12/32

R.O.C. - Valor do Programa de Cálculo do Sistema de Distribuição - VS 59.97

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATAS DE MOVIMENTOS	TOTAL A PAGAR (R\$)
08-2019	10-2019	20/09/2019	210.4

83880000002-0 10410011007-9 00837517210-1 14188367493-2





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MARIA CLAUDINO SILVA 306

(Z)IDIO LEITE/AFOGADOS DA INGAZEIRA
AFOGADOS DA INGAZEIRA PE
56800-000

CONTINUTIVO	NITRATO
7020530647	07/2019
DATA DE RECEBIMENTO	DATA DE EMISSÃO DO DOCUMENTO
05/08/2019	28/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	43,46

IP DA BOTA FISCAL	SERIE	EMISSAO
071825870	UNICA	28/07/2019
IP DA INSTALACAO	N DO CLIENTE	IP DA INSTALACAO
000000000	2001036780	6158170

29/07/2019	2001038780	0136-19	DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
				30,00000000	0,18219255	5,76
				70,00000000	0,32945580	23,06
				5,00000000	0,49416370	2,96
			Consumo Ativo até 30 kWh			0,78
			Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh			11,42
			Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh			0,42
			Acréscimo Bandeira AMARELA			0,07
			Contrib. Ium. Pública Municipal			0,05
			Multa por atraso- NF 087769043 - 27/08/19			-1,00
			Juros por atraso- NF 087769043 - 27/08/19			
			Atualização IGPM- NF 087769043 - 27/08/19			
			Bônus ITAIPU - art.21 da Lei 10 439/2002			

TOTAL DA FATURA		DEMONSTRATIVO DE CONSUMO ENERGIA ELÉTRICA							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO CAT	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
310147436		27-06-2018	6.292,00	29-07-2018	6.396,00	32	1,00000		108,00

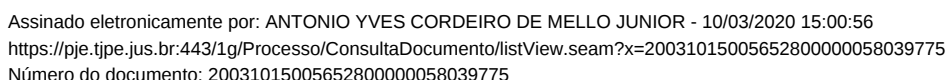
Sector	Percentage (%)
ALU	100
IND	78
MAN	101
AGR	115
MAR	110
FER	101
JAN	117
DEZ	107
NOV	112
OUT	114
SET	89
AGR	111
JJA	102

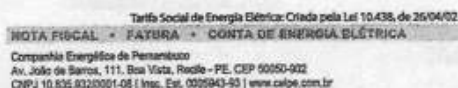
INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

As imagens das paredes do
torreão foram pintadas de AZUL-
AZULADO, também produzido
por meio de um processo de
mistura de pigmentos para
obter uma cor única e
especial. Saiba mais em
www.igreja.com.br

DIFERENÇA E FREQUÊNCIA DAS INTERROGUES				MÉDIA DE TENSÃO		
	VALOR RESISTOR	LIMITE ESQUEMA	1.ª MED. TENSÃO	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	REMARKS
DIC	0,07	0,03	12,08	24,12	220	231
PRC	1,00	3,36	8,72	13,43		
	0,07	0,04	0,00	0,00		





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA HENRIQUE DIAS 288

CENTRO AFOGADOS DA INGAZEIRA
AFOGADOS DA INGAZEIRA PE
56800-000

CÓDIGO CONTRATO	MESURANDO
7008375172	09/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PARA FOLHA PREVIDENCIÁRIA
20/09/2019	16/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	210,41

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	VERSÃO
077267827	ÚNICA	13/09/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
13/09/2019	2011644471	9950

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abvo(W/h)	201,0000000	0,77952320	156
Acrescimo Bandeira VERMELHA			11
Contrib. Inf. Publica Municipal			35
ICMS Subvenção-COE- NF 089889344 - 15/07/18			2
Multa por atraso-NF 089889344 - 15/07/18			1
Juros por atraso-NF 089889344 - 15/07/18			1
Atualizacao IGPIM-NF 089889344 - 15/07/18			0

TOTAL DA FATURA	210
-----------------	-----

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (M³)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
73228	CA7	15-08-2019	71.877,20	13-09-2019	72.078,00	28	1,00000		201

HISTÓRICO DE CONSUMO

Month	Deaths
SET 19	201
AGO 19	236
JUL 19	305
JUN 19	214
MAY 19	294
APR 19	200
MAR 19	281
FEB 19	436
JAN 19	618
DEC 19	458
NOV 19	440
OCT 19	421
SET 19	306

CONEXIONES DE TUBOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
	100,00	25,00	40,00
	100,00	0,91	1,26
2015	100,00	1,71	8,26

composição do consórcio

de energia	R\$	27,96	34
saio	R\$	9,52	3
o (Cafete)	R\$	35,26	20
de energia	R\$	11,11	2
Setorista	R\$	8,28	4
	R\$	49,63	29
	R\$	188,88	9

Forma de pago	TARIFAS APLICADAS	C. 5400
---------------	-------------------	---------

RESENA DO FISCO

60B7 58CB 03CB 3E8B 8ACE 0BE1 B066 8277

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

ATENÇÃO! A CEL PE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

ON THE RADIAL DISTRIBUTION OF EXISTING CAUCASIAN CORN

Venda	Descrição	Valor	Venda	Descrição	Valor
20/08/19	12/08/19	226,30			

Este comunicado NÃO substitui meus relatórios anteriores e NÃO contém ativos em análise ou
solução. Caso a supervisão do fornecimento permita por parte do(a) cliente, poderá ocorrer o
cancelamento do contrato, podendo também haver alguma confusão de critérios definidos no Art. 5º
DOU Nº 13/2008. Poderá ocorrer alguma de natureza, bem como inclusão nos registros de resultados de
credito SPC e SERASA.

As condições gerais de
Salvador, Bahia, 2003
414/2003, foram produzidas
por meio de uma pesquisa
de campo realizada em
Salvador, Bahia, em 2003.
O estudo foi realizado em
Salvador, Bahia, em 2003.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERUPÇÕES

	VALOR R\$1000000	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	0,00	6,03	12,06	24,12
FIC	0,00	3,36	6,72	13,44
DISIC	0,00	3,94	0,00	0,00

Fonte: DICR - 12.22. R\$1000000 - Valor do Programa de Crédito do Sistema de Distribuição - R\$ 53,97

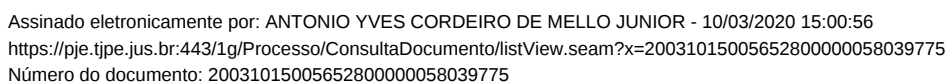
NÍVELS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
380	350	399

Índice IACB = 12,22 R-Índice - Valor do Fator de Uso do Sistema de Distribuição = 75,59,38

CONTA CONTINUA	MÊS/ANO	DATAS DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
10-300372	10/2019	20/09/2019	210,4

83880000002-0 10410011007-9 00837517210-1 14188367493-2





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/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 589.391.134-20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do

Beneficiário EDIVANETE PEREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 945.952.324-20, do sinistro de DPVAT INVALIDEZ da Vítima EDIVANETE

PEREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 119.853.134-2, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO 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: RUA HENRIQUE DIAS

Número: 288

Complemento: CASA

Bairro: CENTRO

Cidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA

Estado: PE

CEP: 56.800.000

E-mail: AFOFARDAS.HELENITA@HOTMAIL.COM

Tel.(87): 9912-9089-98865-4729

Local e Data: AFOGADOS DA INGAZEIRA / PE 27 / 09 / 2019.

Helanita Siqueira Liberal Silva

Assinatura do Declarante





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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 589.391.134-20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do

Beneficiário EDIVANETE PEREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 945.952.324-20, do sinistro de DPVAT INVALIDEZ da Vítima EDIVANETE

PEREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 119.853.134-2, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO 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: RUA HENRIQUE DIAS

Número: 288

Complemento: CASA

Bairro: CENTRO

Cidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA

Estado: PE

CEP: 56.800.000

E-mail: AFOFARDAS.HELENITA@HOTMAIL.COM

Tel.(87): 9912-9089-98865-4729

Local e Data: AFOGADOS DA INGAZEIRA / PE 27 / 09 / 2019.

Helanita Siqueira Liberal Silva

Assinatura do Declarante

