

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 7081 / CREMEFE-18836

Dr. MARCELO NUNES ALVES DE SOUSA
CRM: 18836



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
Médico do Trabalho
CRM-PB 7081 / CREMEPE-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 perícia 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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO			
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1107264548	NOME EDIVANE PEREIRA DA SILVA	DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF 5099314 RDS PE	
		CPF 945.952.324-20	DATA NASCIMENTO 29/03/1974
		PLAÇÃO BEVERINO IMACIO PEREIRA TERESINHA PEREIRA SILVA	
	PERMISSÃO AB	ACC AB	CAT. HVB AB
	Nº REGISTRO 05052172116	VALIDADE 09/10/2020	1ª HABILITAÇÃO 08/10/2010
PROIBIDO PLASTIFICAR 1107264548	OBSERVAÇÕES sem observações		
	Assinatura do Titular <i>Edivane Pereira da Silva</i>		
	ASSINATURA DO TITULAR		
	LOCAL AFOGADOS DA INGAINEIRA - PE	DATA EMISSÃO 13/10/2015	
	ASSINATURA DO EMISOR <i>[Assinatura]</i>		
89144218605 FE069195005			
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)			

MINISTÉRIO DAS CIDADES
 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2.761.780 26/04/2017

<< HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA >>

<< ANTONIO DE RALLA LIBERAL >>
<< HELENA SIQUEIRA LIBERAL >>

AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE 16/09/1965

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

589.351.134-20

LEI Nº 7 DE 29/08/83

F-76 173.103 - 3021

E-01

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL

CARTERATE REGISTRO

Helenita Siqueira Liberal Silva

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1107264548	NOME EDIVANETE PEREIRA DA SILVA
	DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF 5099314 RDS PE
	CPF 945.952.324-20
	DATA NASCIMENTO 29/03/1974
	PLACÃO BEVERINO IMACIO PEREIRA TERESINHA PEREIRA SILVA
	PERMISSÃO []
	ACC []
	CAT. HAB. A.B
	Nº REGISTRO 05052172116
	VALIDADE 09/10/2020
	1ª HABILITAÇÃO 08/10/2010
	OBSERVAÇÕES sem observações
	Assinatura do Titular <i>Edivane Pereira da Silva</i>
	LOCAL AFOGADOS DA INGAINEIRA - PE
	DATA EMISSÃO 13/10/2015
	Assinatura do Detran <i>[Assinatura]</i>
	89144218605 PE069195005
	DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROIBIDA PLASTIFICAR
1107264548

MINISTÉRIO DAS CIDADES
 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2.761.780 26/04/2017

<< HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA >>

<< ANTONIO DE RALLA LIBERAL >>
<< HELENA SIQUEIRA LIBERAL >>

AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE 16/09/1965

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

589.351.134-20

LEI Nº 7 DE 29/08/83

F-76 173.103 - 3021

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL

E-01

HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

CARTERATE REGISTRO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE Nº 014487530268

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 228394201 EXERCÍCIO 2019

EDIVANETE PEREIRA DA SILVA

TABIRA-PE

945.952.324-20 PLACA KEQ7904

9C2JC4220AR350673

PAS / MOTONETA

HONDA / BIZ 125 E3

2P / 124CL

1 IPVA 2019 QUITADO

80.11

SEM RESERVA DE PORTE OBRIGATORIO

NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

TABIRA Roberto Ferreira

21/02/19

ROBERTO CARLOS MORAES FORTALLAS

LIBERTOR PRESS

21/02/19

ROBERTO CARLOS MORAES FORTALLAS

LIBERTOR PRESS

21/02/19

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS 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 228394201 MARCA / BIZ 125 E3

ANO FAB 2010 CATEG 09 Nº CHASSI 9C2JC4220AR350673

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) 36.05 DENATRAM (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TOTAL A SER PAGADO (R\$) 84.58

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 19/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.808/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014487530268

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 228394201 EXERCÍCIO 2019

EDIVANETE PEREIRA DA SILVA

TABIRA-PE

945.952.324-20 PLACA KEQ7904

9C2JC4220AR350673

PAS / MOTONETA

HONDA / BIZ 125 E3

2P / 124CL

1 IPVA 2019 QUITADO

80.11

SEM RESERVA DE PORTE OBRIGATORIO

NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

TABIRA Roberto Fernandes

21/02/19

ROBERTO CARLOS MORAES FORTALLAS

LIBERTOR PRESS

21/02/19

ROBERTO CARLOS MORAES FORTALLAS

LIBERTOR PRESS

21/02/19

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS 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 228394201 MARCA / BIZ 125 E3

ANO FAB 2010 CILINDRE 09 Nº CHASSI 9C2JC4220AR350673

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) 36.05 DENTRAN (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TOTAL A SER PAGADO (R\$) 84.58

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 19/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.808/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.





IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Ediane Pereira da Silva
 DATA DO ACIDENTE 19.06.2019 CPF DA VITIMA 945.952.324-20
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Seu filho - Rafael Sil.
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É Procuradora
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. 26 de março União
 Nº 288 COMPLEMENTO COAC BAIRRO Peito
 CIDADE Apogador de Ingeri UF RE CEP 56800-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (32) 99912-9089

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (Y) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ACTA DEFINITIVA
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (Y) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIEM 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 VITIMA 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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIEM 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 VITIMA 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 GRADUAÇÃO DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 • 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, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA





IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Ediane Pereira da Silva
 DATA DO ACIDENTE 19.06.2019 CPF DA VITIMA 945.952.324-20
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Seu filho - Rafael Sil.
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É Procuradora
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. 26 de março União
 Nº 288 COMPLEMENTO COAC BAIRRO Peito
 CIDADE Apogador de Ingeri UF RE CEP 56800-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (32) 99912-9089

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (Y) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ACTA DEFINITIVA
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (Y) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIEM 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 VITIMA 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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIEM 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 VITIMA 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 GRADUAÇÃO DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 • 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, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

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

OUTORGANTE Edivanete Pereira da Silva.

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadei

PE
CARTÓRIO UMBERTO GOMES
Procurador Menor de Aracaju, 187 - Centro
CEP: 56000-000 - Aracaju, PE
Tel.: (07) 3539-3303 | 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, TSNR 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 VALERIO SILVINO DOS SANTOS - Substituto Selo: 0150599.KON109201901.02122

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 Mensenher Alfredo de Arruda Câmara, 187 - Centro
CEP: 56000-000 - Afogados da IngaZEIRA (PE).
Tel.: (07) 3539-3303 | 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.
TSNR 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 VALERIO SILVINO DOS SANTOS - Substituto
Selo: 0150599.KON109201901.02122

ESCREVENTE
LUCILIO VALERIO S. SANTOS



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

Titular do CPF: EDIVANETE PEREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

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

Titular do CPF: EDIVANETE PEREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

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

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



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 SILSA

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)

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

AGÊNCIA: 1433 CONTA: 56252 0

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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 (vel nascido)? ☐ 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)

Helenita Siqueira Fidalgo

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 SILSA

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)

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

AGÊNCIA: 1433 CONTA: 56252 0

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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 (vel nascido)? ☐ 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)

Helenita Siqueira Fidalgo

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

file:///C:/Users/SDS/Infopd/xml/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: **8/10/2010** 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 2P/124CL**

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 BASTA 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/Infopd/xml/BOEPreview.html

MOTONETA, VINDO A CAIR AO CHÃO. A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL EMÍLIA CÂMARA. NO LAUDO DO ATENDIMENTO MÉDICO, CONSTA QUE A VÍTIMA SOFREU UM TRAUMA NO TORNOZELO ESQUERDO, SENDO NECESSÁRIO IMOBILIZAÇÃO DO MEMBRO. ESTE BO FOI ADITADO POR CONTA DO FATO TER ACONTECIDO EM 19/06/2019 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





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: **5/10/2010** Naturalidade: **IGUARACY / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5099314/3DS/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 IZÍDIO 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/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

19/08/2019

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 CÉLIO IRINEU PETROVICH** Matrícula: 3876900

DELEGACIA DE POLÍCIA DE IGUAZU

171ª CIRCUNSCRIÇÃO

file:///C:/Users/SDS/Infopd/xml/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: 8/10/2010 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 - Bairros: 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 2P/124CL

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 BASTA 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/Infopd/xml/BOEPreview.html

MOTONETA, VINDO A CAIR AO CHÃO. A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL EMÍLIA CÂMARA. NO LAUDO DO ATENDIMENTO MÉDICO, CONSTA QUE A VÍTIMA SOFREU UM TRAUMA NO TORNOZELO ESQUERDO, SENDO NECESSÁRIO IMOBILIZAÇÃO DO MEMBRO. ESTE BO FOI ADITADO POR CONTA DO FATO TER ACONTECIDO EM 19/06/2019 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





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 (VÍTIMA)

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: **5/10/2010** Naturalidade: **IGUARACY / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5099314/3DS/PE (RG), 94595232420 (CPF), 05032172218 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **DESEMPREGADO(A)**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 1, RUA IZÍDIO 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/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

19/08/2019

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 CÉLIO 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 SILSA

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)

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

AGÊNCIA: 1433 CONTA: 56252 0

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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 (vel nascido)? ☐ 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 Fidalgo

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 SILSA

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)

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

AGÊNCIA: 1433 CONTA: 56252 0

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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 (vel nascido)? ☐ 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 Fidalgo

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 7081 / CREMEFE-18836

Dr. MARCELO NUNES ALVES DE SOUSA
CRM: 18836



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 1
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Bos Vista, Recife - PE, CEP 50093-902
CNPJ 10.435.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
EDIVANETE PEREIRA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MARIA CLAUDINO SILVA 305

CPF 945 252 324-20 NIS. 17064595034

IZIDIO LEITE/AFOGADOS DA INGAZEIRA
AFOGADOS DA INGAZEIRA PE
56800-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

CONTA CONTRATO 7020530647
MÊS 07/2019
DATA DE VENCIMENTO 05/08/2019
DATA DE CANCELAMENTO 28/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 43,46

IP DA NOTA FISCAL	SEI	EMISSÃO
071825870	ÚNICA	28/07/2019
ARMEDNÇÃO	Nº DO CLIENTE	IP DA INSTALAÇÃO
29/07/2019	2001036780	8158179

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,19219255	5,76
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,32945580	23,06
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	8,0000000	0,49416370	3,96
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,78
Contrib. Ium Pública Municipal			11,42
Multa por atraso-NF 067769043 - 27/08/19			0,42
Juros por atraso-NF 067769043 - 27/08/19			0,07
Atualização IGP-M-NF 067769043 - 27/08/19			0,05
Bônus ITAPIU - art 21 da Lei 10.439/2002			-1,06
			43,46

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO E NOTA FISCAL									
IP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE
310147430	CAT	27-06-2019	5.292,00		29-07-2019	5.299,00		32	1,00000
									128,00

DESCRIÇÃO DO CONSUMO			
GERAÇÃO DE ENERGIA	R\$	15,16	49,27%
TRANSMISSÃO	R\$	1,86	5,10%
DISTRIBUIÇÃO (CÁRTEL)	R\$	10,12	21,68%
PERDAS DE ENERGIA	R\$	3,76	8,80%
ENCARGOS SOCIAIS	R\$	0,88	2,04%
TRIBUTOS	R\$	1,50	4,81%
TOTAL	R\$	33,28	100%

DESCRIÇÃO DOS TRIBUTOS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	
ICMS	30,56	0,50	0,28
PIS	30,56	0,51	1,24
COFINS	30,56	0,51	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
Consumo Ativo até 30 kWh			21,68%
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh			21,68%
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh			4,92%

CARGAS APLICÁVEIS			
Consumo Ativo até 30 kWh			21,68%
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh			21,68%
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh			4,92%

RECEITAS E PAGOS			
428B B11D SC09 AC02 3426 DTCS B145 9533			

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pagamento pelo meio de acesso à internet - consulte o endereço - Rua do Hospital, Centro, Recife, PE, CEP 50093-902, ou pelo telefone 0800 11 1111. O cliente é responsável por verificar a validade da informação e a qualidade do serviço prestado. O cliente é responsável por verificar a validade da informação e a qualidade do serviço prestado. O cliente é responsável por verificar a validade da informação e a qualidade do serviço prestado.

TENSÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERROMPÇÕES					
GRUPO AFOGADOS DA INGAZEIRA	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR
DIG	0,07	0,03	12,00	24,12	
PRC	1,00	3,36	6,72	13,44	
DRS	0,07	3,34	0,00	0,00	

NÍVEL DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL (V)	UNIDADE DE MEDIÇÃO (V)	VALOR
220	202	231

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

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
077287627	ÚNICA	13/09/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
13/09/2019	2011644471	9850

CONTA CONTRATO	MES/ANO
7008375172	09/2019
DATA DE VENCIMENTO	EXPIRAÇÃO DO PÓS-PAGAMENTO
20/09/2019	16/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	210.41

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abas(W/h)	201,00000000	0,77952320	156,8
Acréscimo Bandeira VERMELHA			11,4
Contrib. Ilum. Pública Municipal			35,8
ICMS Subvenção-CDE-NF 08988344-15/07/18			1,4
Multa por atraso-NF 08988344-15/07/18			1,4
Juros por atraso-NF 08988344-15/07/18			0,5
Atualização IGPM-NF 08068344-15/07/18			1,6

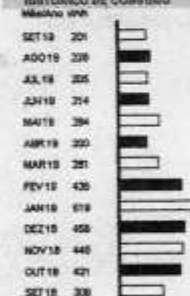
TOTAL DA FATURA

210.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MOTOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (W)
		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



CONTRACCIONES DE TENDONES

	BASE DE CALCULO	%	VALOR IMPORTE
	100.00	25.00	4
	100.00	0.81	
	100.00	3.73	

comércio no comércio

Geração de energia	R\$	57,36	34,4
Transmissão	R\$	5,82	3,5
Distribuição (Cepac)	R\$	35,25	20,9
Perdas de energia	R\$	11,11	6,8
Estrutura Setorial	R\$	8,28	4,9
Tributação	R\$	49,63	29,6
Total	R\$	168,05	100,0

Examen 2007/08	TARIFAS APLICADAS	0,5400
----------------	-------------------	--------

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

FIGURE 1. AVERAGE DAILY TEMPERATURES CAUSING DEATHS

Venda	Despesa	Valor	Venda	Despesa	Valor
270019	130019	226,30			

Este comunicado NÃO substitui erro de leitura anteriores e NÃO constitui ativo em si mesmo. Caso a supervisão do funcionamento permita por dois ciclos de funcionamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também haver cobrança conforme os critérios definidos no Art. 56 do RCT e no Anexo. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de inadimplência de crédito SPC e SERASA.

As principais fontes de
Sulfato de Sódio (Na₂SO₄)
414/0201 01, na base, produzidas
por processos tributores, e
encontradas em estado sólido, para
consumo, em empresas que produzem
sulfato de sódio são:

publicação e funcionalidade das intervenções

	VALOR R\$/m³	LIMITE NOMINAL	LIMITE TÉRMICO-AL.	LIMITE ACÚST.
DIC	0,00	6,23	12,68	24,12
FIG	0,00	3,36	6,72	13,46
DMC	0,00	3,94	0,00	0,00

Limite SACR: 12,32 EUSD - Valor do Fincango de Uso do Sistema de Contribuição = R\$ 59,37

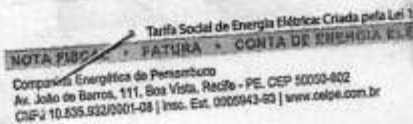
nível de tensão

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
380	350	388

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7008575172	09/2019	20/09/2019	210,4

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





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MARIA CLAUDINO SILVA 306

IZIDIO LEITE/AFOGADOS DA INGAZEIRA
AFOGADOS DA INGAZEIRA PE
56800-000

CÓDIGO CONTRATO	7020530647	DATA DE EMISSÃO	05/08/2019
DATA DE VENCIMENTO	07/2019	DATA DE PAGAMENTO	28/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)			43,46

IP SANADA FISCAL	SERIAL	EMISSÃO
071825870	UNICA	28/07/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA VOTAÇÃO
29/07/2019	2001036780	6158170

29/07/2019	2001036780	01567119	DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL		
			QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
			30,0000000	0,18219255	5,78
Consumo Ativo até 30 kWh			70,0000000	0,32845580	23,06
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh			8,0000000	0,49416370	2,96
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh					0,78
Acréscimo Bandeira AMARELA					11,42
Contrib. lum. Pública Municipal					0,42
Multa por atraso-NF 067769043 - 27/08/18					0,07
Juros por atraso-NF 067769043 - 27/08/19					0,05
Atualização IGPW-NF 067769043 - 27/08/19					-1,06
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002					

TOTAL DA FATURA		DEMONSTRATIVO DE CONSUMO GERAL ACUMULADO							CONSUMO (MM3)
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (MM3)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
3101474360	CAT	27-06-2018	6.282,00	29-07-2018	5.396,00	32	1,00000		128,00
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO									128,00

INDICADOR DE CONSUMO		INFORMAÇÕES OS TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Medida kWh							
30/18	108						
31/18	78						
32/18	101						
33/18	155						
34/18	110						
35/18	101						
36/18	117						
37/18	107						
38/18	112						
39/18	114						
40/18	99						
41/18	111						
42/18	102						

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	32,58	0,50	1,28
PIS	32,58	0,91	1,24
COFINS			

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Gerção de Energia	R\$ 13,16	45,37%
Transmissão	R\$ 1,86	21,08%
Distribuição (Cabo)	R\$ 10,12	35,02%
Perdas de Energia	R\$ 3,76	3,04%
Energia Setorial	R\$ 0,88	4,81%
Tributos	R\$ 1,50	100%
Total	R\$ 29,28	

Consumo até 30/18: 1.080 kWh
 Consumo Abaixo Superior a 30/18 100 kWh
 Consumo Abaixo Superior a 100 até 250 kWh

CÁLCULO DA DESCONTO

4288 B11D 5C09 AC02 3426 DTC6 5145 9510

[illegible][illegible]

QUANTAS E TENSÃO DA INTERFERÊNCIA					NÍVEL DE TENSÃO		
	QUANTAS APOIOADAS DA INGAIZERA	VALOR DE TENSÃO	LIMITE DIÁRIO	LIMITE SEMANAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
					220	202	231
DEC		0,07	0,03	12,08			
PEC		1,20	3,36	6,72			
DAE		0,07	3,54	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

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
077287627	ÚNICA	13/09/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
13/09/2019	2011644471	9850

CONTA CONTRATO	MES/ANO
7008375172	09/2019
DATA DE VENCIMENTO	EXPIRAÇÃO DO PÓS-PAGAMENTO
20/09/2019	16/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	210.41

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abas(W/h)	201,00000000	0,77952320	156,8
Acréscimo Bandeira VERMELHA			11,4
Contrib. Ilum. Pública Municipal			35,8
ICMS Subvenção-CDE-NF 08988344-15/07/18			1,4
Multa por atraso-NF 08988344-15/07/18			1,4
Juros por atraso-NF 08988344-15/07/18			0,5
Atualização IGPM-NF 08068344-15/07/18			1,6

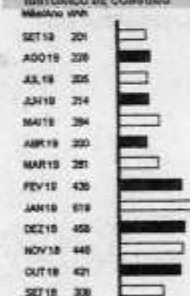
TOTAL DA FATURA

210.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MOTOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (W)
		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



CONTRACCIONES DE TENDONES

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR IMPORTE
	100,00	25,00	4
	100,00	0,81	
	100,00	3,73	

composição do consórcio

Geração de Energia	R\$	57,96	34,4
Transmissão	R\$	5,82	3,5
Distribuição (Custos)	R\$	35,26	20,9
Perdas de Energia	R\$	11,11	6,7
Emprego Socializado	R\$	8,28	4,9
Tributação	R\$	49,63	29,5
Total	R\$	168,06	100,0

Examen 2007/08	TARIFAS APLICADAS	0,5400
----------------	-------------------	--------

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

FIGURE 1. AVERAGE DAILY TEMPERATURES CAUSING DEATHS

Venda	Despesa	Valor	Venda	Despesa	Valor
270019	130019	226,30			

Este comunicado NÃO substitui erro de leitura anteriores e NÃO constitui ativo em si mesmo. Caso a supervisão do funcionamento permita por dois ciclos de funcionamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também haver cobrança conforme os critérios definidos no Art. 56 do RCT e do RCT. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de inadimplência de crédito SPC e SERASA.

As principais fontes de
Salmos e Salmos de
414/500 St, na sua, produtos
acrescentados e tributos, e
encontrar-se-á a sua lista, para
consulta, em: www.tributos.gov.br
atendendo a sua lista
www.tributos.gov.br

publicação e funcionalidade das intervenções

	VALOR R\$/m³	LIMITE NOMINAL	LIMITE TÉRMICO-AL.	LIMITE ACÚST.
DIC	0,00	6,23	12,68	24,12
FIG	0,00	3,36	6,72	13,46
DMC	0,00	3,94	0,00	0,00

Limite SACR: 12,32 EUSD - Valor do Fincango de Uso do Sistema de Ostrucao = R\$ 59,37

NÍVELS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
380	350	388

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7008575172	09/2019	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 nº 9.613/98.

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

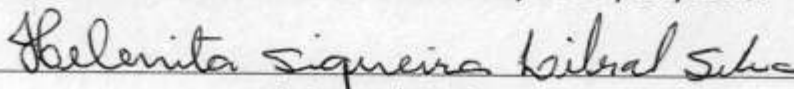
Estado: PE

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.



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/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 nº 9.613/98.

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

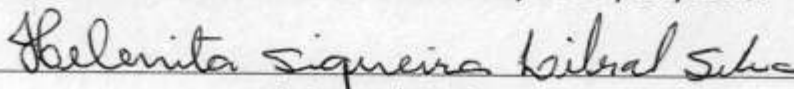
Estado: PE

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.



Assinatura do Declarante