

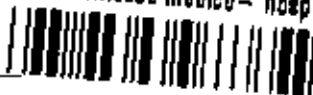
BATALÃO DE POLÍCIA RODoviÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES – (SSTA)



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº 1.107 / 2016).

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

Documentação médico-hospitalar:



1º Primeiro Serviço Notarial e Registral - Rdefonso Torres de Sá
Rua do Comércio, 100 - Centro - CEP 01.000-000 - São Paulo - SP
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel e autêntica do original que me foi apresentado, ao qual autentico e dou fé.
Escritor: KATIA CRISTINA DE ALMEIDA NEVES
Empl. Nº 3.33 - TSP - 0,65, FEEC Nº 0.33 Total R\$ 1.000,00
Selo: 0150615-1 (FAC) - 01/05/2012 12:23:10
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Veículo: V/A

Nome do Condutor: _____

RG: _____

Órgão Expedidor: _____

CPF: _____

Placa do Veículo: _____

Data: ____/____/____

Hora: ____:____:____

Assinatura: _____

Observação:

- 1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra de forma legível;
- 2) O Procedimento ilegível será de responsabilidade do signatário.

LAUDO MÉDICO DPVAT

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE LUZINETE DA CONCEIÇÃO MOURA, 72 ANOS, VITIMA ACIDENTE ATROPELAMENTO FRATURA FEMUR DISTAL E, TIBIA E FIBULA PERNA D E CLAVICULA E NO DIA 03/04/2016 SUBMETIDA TRATAMENTO CIRURGICO FEMUR D E OSSOS PERNA D

CID10 = S822/S724

Dr. Ricardo Reis
Médico
CRM 12404

MEDICO

RECIFE, 24/MARÇO/2017

Atendimento: 309613

Data e Hora: 03/04/2016 19:16

Senha da Classificação:

0037

Paciente: 81259 LUZINETE DA CONCEICAO MOURA Sexo: FEMININO
Data do Nascimento: 06/11/1944 Idade: 71 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe: MARIA DA CONCEICAO GOMES Nome do Pai:
Estado Civil: VIUVO Nome do Médico: MEDICO PLANTONISTA 1 CRM: 1
Endereço: RUA JOSE APOLONIO MATIAS -- 89 Bairro: CENTRO
Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHO PE Usuário Atendimento: LAZARONI
RG (Identidade): 2619907 SSP PE Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 986886761
Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: Altura: Temperatura: Hora:

Queixa Principal: Vômito de atropelamento, negro, vômito em biscoito.

Exame Físico: Visto olhos perolados e color cereais.

MMA - 21, 60/90

Glucose 15.4

Exame físico com contusão na região parietal esquerda.

tese Diagnóstico: Politrauma.

Conduta Terapêutica: Rx do trauma, TK de crânio, abdome, pelve, torax.

Prescrição Médica: SFO, 900 - 1000 - 1 ✓
SFO, 900 - 1000 - 1 ✓
trans 100mg ✓

DETERMINAÇÃO DE
Cirurgião Geral
CRM 187.187

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: LEITO DO PACIENTE:

Carimbo/Médico

Exame físico com contusão na região parietal esquerda.

Jacyane Mendes
Enfermeira
CRM 24.187

Osteopatia

Pacientes podem ser atropelados por
um pouco de conhecimento
neuromuscular normal.

FE: Fretum ou fêtu de.

- take Cephalic D. OK

- MS em movimento OK

ad: Intermittente.

04/04/11 Cerebro C-2

Seu cérebro, comente, o cérebro, com o
falso de Realização e verificação por exemplo, a
falsidade. TE: Não é uma alteração. Agradecimento
a todos.

0. J. de

W 2011

06

03-04-16
P. de, P. de, P. de
P. de, P. de, P. de

osteopatia: poder de pensar para
outro mundo, plano de fundo

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 309627
Usuário do Atendimento: NEICYCCO

Data e Hora do Atendimento: 03/04/2016 23:24
Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: LUZINETE DA CONCEICAO MOURA

Prontuário: 81259

Nome da Mãe: MARIA DA CONCEICAO GOMES

Nome do Pai:

Data do Nascimento: 06/11/1944

Idade: 71 anos Sexo: FEMININO

Estado Civil: VIUVO

RG: 2619907

SSP PE Data Emissão:

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: FUNDAMENTAL 1A A 4A INCOMPLETO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: APOSENTADO

Endereço: RUA JOSE APOLONIO MATIAS

89 CENTRO

Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

PE

CEP: 54510500

Fone: 986886761

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: SAMU

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA AMARELA - TRAUMATOLOGIA

Leito: LEITO 11-A

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 03/04/2016

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

Diagnóstico:

Procedimento:

Alta em:

Hora:

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

1234 7715

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 03/04/2016 19:12

Nome Paciente: LUZINETE DA CONCEICAO MOURA
Cód. Paciente: 81259
Data de Nascimento: 06/11/1944
Sexo: Feminino
Idade: 71
Senha: 0037
Convênio: 2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento: 309613
SAME:

Período: 03/04/2016 19:12 - 03/04/2016 19:31

ANGELICA CAVALCANTI CARVALHO DA SILVA - COREN: 11190 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGÊNCIA - AMARELO**
Port: **AMARELO**
Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADO PELO CORPO DE BOMBEIRO. COLISÃO MOTO-PEDESTRE. APRESENTA CORTE EM FACE. DOR EM MMSS E MMII.
Observação: NEGA HAS/DM. REFERE ALERGIA A PROFENID.
Sintoma(s): TRAUMA
Discriminador(es): - DOR MODERADA (4-7/10)
Especialidade: CIRURGIA GERAL

EXEMPLO DE LIXO DEBENTER 03-04-2016 09:45 500213 1/1

Acolhido(a) por: ANGELICA CAVALCANTI CARVALHO DA SILVA - COREN: 11190 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 03/04/2016 19:31

RÉSUMO DE ALTA CLÍNICO-CIRÚRGICO
ADULTO

Página: 1 de 1

OPS SERV MED E HOSPITALARES LTDA - HOSP ES Posto: POSTO 2 - 1ANDAR - ME Lello: 114-P2/2 24/08/2016 10:47

Paciente: LUZINETE DA CONCEICAO MOURA Atendimento: 11592212- Prontuário: 704440 Convênio: HAP/DA

Profissional(is): KID NELIO SOUZA DE MELO CRM 194118 Nº: 03191339 24/08/2016 às 10:30

DIAGNÓSTICOS	
CID10	
Diagnóstico Principal	
Patologias e Condições Diagnosticadas	FRATURA DE TÍBIA DIREITA
Plano Terapêutico	RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO E APLICAÇÃO DE GESSO COM JANELA PARA CURATIVO
ORIENTAÇÕES GERAIS	
Orientações Diversas	1) CURATIVO DIÁRIO COM SORO FISIOLÓGICO, SABÃO NEUTRO E ALCOOL 70%; 2) MARCAR RETORNO AMBULATORIAL NA CLÍNICA RECIFE PARA DR. ALEXANDRE REIS; 3) NÃO DEAMBULAR.

Kid Nêlio Souza de Melo
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 094150014521

EXEMPLO DE LINGUAGEM EM 02-08-2016 08:45:59 214 1/1



LUZINATE INCISÃO
MOURA É PORTAB
DA DE FOLHA DE
FRATURAS TIRIO DURA
O NÍVEL JOELHO, AN
E CLAVICULA ST
NAO DEAM BULA. H
CAD LIRANTE
CID-5822
+ M+19
+ 5704
+ 5420

Francisco J. Suassuna Cavalcanti
Ortopédia / Traumatologia
CRM-PE 4568

Call Center: 4002 3633 - Call Center (Recife): 4002 2870 - Call Center (Interior): 0300 313 3633
Call Center (-Odonto): 4002 2722 - Call Center (-Odonto - Interior): 0300 313 9094

f/hapvida.saude @hapvidasaude www.hapvida.com.br

1º Primeiro Serviço Notarial e Registral *Ildefonso Torres de Sá*
TITULAR

Rua Du Artista de Souza Leão, 188 - Centro - CEP 54.500-000 - Cid. de São José do Bonfim - PE - Fone: (81) 3521-0200 - Fax: (81) 3521-0033

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original
que me foi apresentado, ao qual autentico e dou fé.

Escrevente: JACQUELINE RAFAELA CANDIDO DE OLIVEIRA

Excl. R\$ 3,41, ISNR R\$ 0,66, FERC R\$ 0,34 Total R\$

Selo: 0150615.81B02201B01.01690 23/02/2018 09:22:35

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES RUFINO

FOLESCAT DIREITO

Luizinete da Conceição Moura

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.619.907 DATA DE EXPEDIÇÃO 09/11/2009

NOME << LUZINETE DA CONCEIÇÃO MOURA >>

RENÇÃO << >>

<< MARIA DA CONCEIÇÃO GOMES >>

NATURALIDADE CRUZ DO ESPIRITO SANTO - PB DATA DE NASCIMENTO 06/11/1944

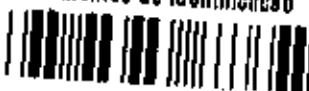
DDO OR GEN << CC.62896-1412A-F.77V-CART.10CAS. RECIFE-PE.04.06.1965 >>

CH 529.362.064-72

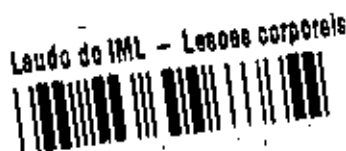
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 116 DE 29/08/83

Documentos de Identificação



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL - LUBER PRAT - PE-002-2018 03:49 506216 1/1



CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 30223 / 2017

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 040A. CIRCUNSCRICAO - CABO DE SANTO AGOSTINHO
Ofício nº. 2374 / 2017 Data 27 / 10 / 2017
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 040A. CIRCUNSCRICAO - CABO DE SANTO AGOSTINHO

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 12:18 do dia 27 de Outubro de 2017, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de **LUZINETE DA CONCEIÇÃO MOURA** filho(a) de **NAO DECLARADA** e de **MARIA DA CONCEIÇÃO GOMES**, de cor **NÃO INFORMADO**, sexo **Feminino**, cabelo **NÃO INFORMADO**, estado civil **Viúvo (a)**, apresentando a idade de **72 Anos**, peso **NÃO INFORMADO**, de estatura **NÃO INFORMADO**, natural de **CRUZ DO ESPIRITO SANTO - PB**, nacionalidade **BRASIL**, documento apresentado **RG: 2619907**, profissão **NÃO INFORMADO**, endereço **RUA JOSE APOLONIO MATIAS, nº 89, complemento: NÃO INFORMADO, bairro COHAB, telefones: NÃO INFORMADO, CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE**, sinais particulares **NÃO INFORMADO**, local de ocorrência **NÃO INFORMADO**, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Pericianda vítima de atropelamento por moto, em março de 2017, socorrida ao hospital Dom Helder e em seguida ao Hapvida, com ferimentos em Membros inferiores, nesta internação realizou cirurgia nos dois membros. Relata que ainda está em tratamento fisioterápico, com mobilidade reduzida.

Declaração médica - hospital Hapvida: "...vítima de atropelamento fratura de fêmur distal esquerdo, tíbia esquerda, fíbula direita e clavícula esquerda, submetida a tratamento cirúrgico fêmur direito e ossos da perna direita...", assinada pelo Dr Alexandre Reis, CRM 12404

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Cicatrizes cirúrgicas em perna direita com cerca de 150 (cento e cinquenta)mm e 60 (sessenta)mm face medial e lateral.
Cicatrizes cirúrgicas com cerca de 100 (cem) , 60 (sessenta) e 130 (cento e trinta)mm em face lateral anterior e medial.
Aumento de volume na perna direita.
Rotação lateral do pé direito- posição viciosa.
Não consegue deambular, movimenta-se em cadeira de rodas.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Pericianda não restabelecida, ainda em tratamento médico e fisioterápico, deverá fazer nova perícia (exame complementar) com 120 (cento e vinte) dias. Comparécer Acompanhada de parecer do ortopedista respeito das lesões observadas

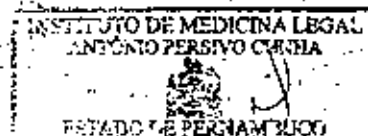
QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?
Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?
Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de pat. incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)
Aguardar exame complementar.

1º Primeiro Serviço Notarial e Registral
Aut. OAB/PE nº 2001/2017, 111 - C/ma - CEP 55.060-00 - Cabo de São Roque/PE - Fone: (51) 3511-0011 - Fax: (51) 3511-0033
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, ao qual autenticou e deu fé.
Escritor: JACELINE RAFAELA CARDOSO DE OLIVEIRA
Escr. Nº 3.41, TPA R\$ 0,60, FISC. R\$ 0,34 Total R\$ 3,74
Setor: 0150615, ERM01201801.02503 01/02/2018 12:06:40
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital/





CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

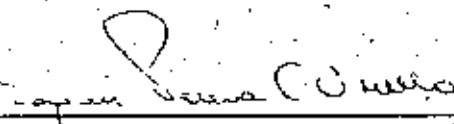


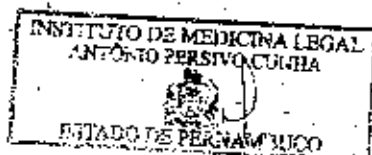
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Aguardar exame complementar.

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr(a). JOAQUIM PEREIRA CAMPOS VIEIRA DE MELLO - CRM 11698.


Perito responsável



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Instituto de Medicina Legal - Antônio Persivo Cunha
Seção de Protocolo

De acordo com a legislação em vigor, foi extraída esta cópia autenticada com valor de original por solicitação de 2321NCPB DA COM-ELAC

70084 124 Pelo Ofício Nº

29101/18 A que dou fé e Assino.

Funcionário - Matrícula

Edio Farias Alvim
Assistente em Gestão Pública
Matrícula nº 263.378-7



CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 30223 / 2017

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040A. CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO
Ofício nº. 2374 / 2017 Data 27 / 10 / 2017
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040A. CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 12:18 do dia 27 de Outubro de 2017, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de **LUZINETE DA CONCEIÇÃO MOURA** filho(a) de **NAO DECLARADA** e de **MARIA DA CONCEIÇÃO GOMES**, de cor **NÃO INFORMADO**, sexo **Feminino**, cabelo **NÃO INFORMADO**, estado civil **Viúvo (a)**, aparentando a idade de **72 Anos**, peso **NÃO INFORMADO**, de estatura **NÃO INFORMADO**, natural de **CRUZ DO ESPIRITO SANTO - PB**, nacionalidade **BRASIL**, documento apresentado **RG: 2619907**, profissão **NÃO INFORMADO**, endereço **RUA JOSE APOLÔNIO MATIAS, nº 89, complemento: NÃO INFORMADO, bairro COHAB, telefone/s NÃO INFORMADO, CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE**, sinais particulares **NÃO INFORMADO**, local de ocorrência **NÃO INFORMADO**, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Pericianda vítima de atropelamento por moto, em março de 2017, socorrida ao hospital Dom Hélder e em seguida ao Hapvida, com ferimentos em Membros Inferiores, nesta internação realizou cirurgia nos dois membros. Relata que ainda está em tratamento fisioterápico, com mobilidade reduzida.

Declaração médica - hospital Hapvida, "...vítima de atropelamento fratura de fêmur distal esquerdo, tibia esquerda, fíbula direita e clavícula esquerda, submetida a tratamento cirúrgico fêmur direito e ossos da perna direita..." assinada pelo Dr Alexandre Reis, CRM 12404

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Cicatrizes cirúrgicas em perna direita com cerca de 150 (cento e cinquenta) mm e 60 (sessenta) mm em face medial e lateral.
Cicatrizes cirúrgicas com cerca de 100 (cem), 60 (sessenta) e 130 (cento e trinta) mm em face lateral, anterior e medial.
Aumento de volume na perna direita.
Rotação lateral do pé direito- posição viciosa.
Não consegue deambular, movimenta-se em cadeira de rodas.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Pericianda não restabelecida, ainda em tratamento médico e fisioterápico, deverá fazer nova perícia (exame complementar) com 120 (cento e vinte) dias. Comparecer Acompanhada de parecer do ortopedista a respeito das lesões observadas

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?

Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?

Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

Aguardar exame complementar.



CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

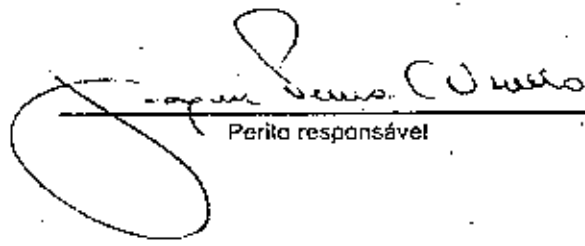


INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Aguardar exame complementar.

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr(ª). JOAQUIM PEREIRA CAMPOS VIEIRA DE MELLO - CRM 11698.


Perito responsável



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Instituto de Medicina Legal - Antônio Persivo Cunha
Seção de Protocolo

De acordo com a Legislação em vigor, foi extraída esta cópia autenticada com valor de original por solicitação de 2021/1572 DA CANCELAÇÃO

7008 129 Pelo Oficial nº

29101118 A que dou fé e Assino.

Funcionário - Matrícula

Fábio Farias Alvim
Assistente em Gestão Pública
Matrícula nº 263.378-7

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0084676/18
Vítima: LUZINETE DA CONCEICAO MOURA
CPF: 329.362.064-72

Data do Acidente: 03/04/2016
CPF de: Próprio Titular do CPF: LUZINETE DA CONCEICAO MOURA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

Outros



LUZINETE DA CONCEICAO MOURA : 329.362.064-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/03/2018
Nome: LUZINETE DA CONCEICAO MOURA
CPF/CNPJ: 329.362.064-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/03/2018
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

LUZINETE DA CONCEICAO MOURA

Nathalia Beatriz Braga Costa



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA LUZINETE DA CONCEIÇÃO MOURA
DATA DO ACIDENTE 03-04-2016 CPF DA VÍTIMA 329.362.064-72
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO LUZINETE DA CONCEIÇÃO MOURA
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR M VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

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)
- () 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 CONFIRMEM 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

PI 612005 57-08 0106-004-70

Nº 10760 50171

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 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 VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM 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

• MORTE = R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRADIDADE 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 O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 032 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 23-02-2018

IDENTIDADE 2.619.907

ASSINATURA Luizinete da Conceição Moura ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 23-02-2018 MATR. CORREIOS 86483761

NOME ALGAPTO ARAUJO SANTO

ASSINATURA Algapto Araujo Santo ASSINATURA _____

Outros



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Contratos de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0084676/18

Vítima: LUZINETE DA CONCEIÇÃO MOURA

CPF: 329.362.064-72

Data do Acidente: 03/04/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUZINETE DA CONCEIÇÃO MOURA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Laudo do IML - Lesões corporais

Outros

LUZINETE DA CONCEIÇÃO MOURA : 329.362.064-72

Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/06/2018

Nome: LUZINETE DA CONCEIÇÃO MOURA

CPF: 329.362.064-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/06/2018

Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa

CPF: 164.083.787-65

LUZINETE DA CONCEIÇÃO MOURA

Nathalia Beatriz Braga Costa

Quinta-feira, 15 de março de 2018 12:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4500 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Frões
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br

Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0084676/18

Vítima: LUZINETE DA CONCEICAO MOURA

CPF: 329.362.064-72

Data do Acidente: 03/04/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUZINETE DA CONCEICAO MOURA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Outros

Outros



ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/06/2018

Nome: LUZINETE DA CONCEICAO MOURA

CPF: 329.362.064-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/06/2018

Nome: Alexandre Tavares Belfort

CPF: 024.208.707-86

LUZINETE DA CONCEICAO MOURA

Alexandre Tavares Belfort

Cristina Alves

De: Aline Batista <alinea.batista@delphos.com.br>
Enviado em: terça-feira, 19 de junho de 2018 15:39
Para: Projeto Correio; Marco Silva; Marcus Reis
Assunto: Receber ato declaratório - 3180112944 (6190)
Anexos: Ato declaratório.pdf

Prezados boa tarde,

Estou com o processo em epígrafe que para conclusão do mesmo falta somente receber em aba própria a comprovação do ato declaratório, poderiam por gentileza receber o BAW que encontra-se acostado a aba documentos médicos página 3 em ato para que possamos concluir o sinistro?

Encaminho em anexo tal documento.

Desde já agradeço a atenção.

Aviso Seguradora Líder de Invalidez registrado por:
Usuário: Nathalia Beatriz Braga Costa
Seguradora: SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO
Dependência: SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS (0800)

ASL-0084676/18

Dados da vítima
Vítima: LUZINETE DA CONCEICAO MOURA
CPF: 32936206472
CPF de: Próprio
Titular do CPF: LUZINETE DA CONCEICAO MOURA Data de nascimento: 06/11/1944 Data do sinistro: 03/04/2016

Att,

--

Aline Batista
Coordenadoria de Sinistros de Pessoas
DELPHOS

IMPORTANTE: Os documentos e arquivos anexados a este e-mail contém informações que podem "ser" confidenciais. Esta informação é para uso exclusivo do (s) destinatário(s) específico (s) cujo nome (s) aparece (em)

na seção de cabeçalho do e-mail. Se você recebeu esta mensagem por engano, por favor, notifique o remetente imediatamente pelo retorno da mensagem e delete o arquivo e seus anexos. Você está sendo notificado que qualquer divulgação, cópia, distribuição ou adoção de qualquer ação decorrente da informação confidencial contida neste documento é estritamente proibida*.

Qualquer violação poderá ser penalizada por lei.

IMPORTANT:

The documents

and files attached to this transmission contain confidential information that must be kept secret by law. This information is for the exclusive use of the specified recipient whose name appears in this transmission. If you have received this message by mistake, please notify us immediately by return e-mail and delete the file and its attachments. You are hereby notified that any dissemination, copying, distribution or adoption of any action arising from the confidential information contained herein is strictly prohibited. Any violation will be penalized by law.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180112944 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUZINETE DA CONCEICAO MOURA **Data do acidente:** 03/04/2016 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA DIREITA + FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO + FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO + ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFORMIDADE EM VARO E INSTABILIDADE DE JOELHO ESQUERDO COM DIFICULDADE DE MARCHA E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DOS MEMBROS INFERIORES E DO OMBRO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações: LAUDO 14429/2018 FEITA SINDICÂNCIA EXTERNA COM VISUALIZAÇÃO DA SEGURADA

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de ambos os membros inferiores	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

IVONE S. VALICE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180112944 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUZINETE DA CONCEICAO MOURA **Data do acidente:** 03/04/2016 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA DIREITA + FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO + FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO + ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2018

Aos Cuidados de: LUZINETE DA CONCEICAO MOURA

Nº Sinistro: 3180112944

Vitima: LUZINETE DA CONCEICAO MOURA

Data do Acidente: 03/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180112944**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12506489



Rio de Janeiro, 13 de Março de 2018

Aos Cuidados de: LUZINETE DA CONCEICAO MOURA
Nº Sinistro: 3180112944
Vitima: LUZINETE DA CONCEICAO MOURA
Data do Acidente: 03/04/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180112944**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Laudo do IML - Lesões corporais infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12507974



Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: LUZINETE DA CONCEICAO MOURA
Nº Sinistro: 3180112944
Vitima: LUZINETE DA CONCEICAO MOURA
Data do Acidente: 03/04/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180112944**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: LUZINETE DA CONCEICAO MOURA

Sinistro: 3180112944

Vítima: LUZINETE DA CONCEICAO MOURA

Data do Acidente: 03/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180112944** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO



Autorização de pagamento

DPVAT -

Seguradora Líder - DPVAT

No. DO SINIS

www.dpvatsegurodotransito.com.br ou
ligue SAC DPVAT 0800 022 12 04

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Louzinete da Conceição Moura
PORTADORA DO RG No.: 2619907 EXPEDIDO POR SPSPF EM 09/11/2009
CPF 329372064-72 / CNPJ □□□□□□□□ - □□□□ - □□, PROFISSÃO aposentada
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.860,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO/A DO VALOR
REFERENTE À INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Louzinete da Conceição Moura
AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT
A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento.

Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

☐ CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

No. BANCO No. AGÊNCIA 1260-2 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. DE CONTA CORRENTE

☒ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

No. BANCO 237 No. AGÊNCIA 1260-2 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA 0000422-7

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

No. BANCO 001 No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

No. BANCO 341 No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

No. BANCO 104 No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA

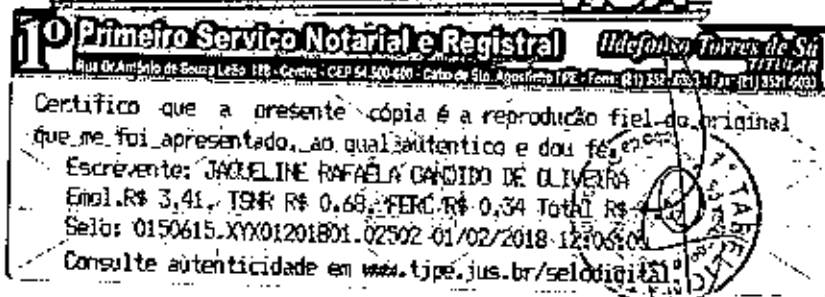
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ATENÇÃO

- Não será possível efetuar o pagamento em Conta Salário (INSS), Conta Fácil da Caixa Econômica (Operação 023) ou Conta Conjunta quando o beneficiário não for o titular da conta;
- Não se esqueça de informar os dígitos da agência, caso o dígito exista, principalmente do Banco BRADESCO;
- Certifique-se de que a conta informada esteja ATIVA;
- Indique corretamente se a conta informada é POUPANÇA ou CONTA CORRENTE;
- Tenha SEMPRE um documento bancário para conferência de sua agência e conta. Um único dígito errado impedirá que o banco efetue o pagamento.

LOCAL Labo de Santos AguiarDATA 23/02/2018ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/A Louzinete da Conceição Moura





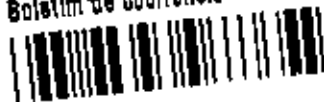
**DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE**

Nº / ANO
I-107/16



MONTE KELLY C. DE ALCANTARA
SGT. PM - MAT. 10044-9
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA

Boletim de ocorrência



I - LOCAL E DATA

COM ANEXO ☒ SEM ANEXO ☐

Município	CARO	Rodovia	PE-60	Km	
Ponto de Referência	PORTAL DO SOL				Data
Dia da Semana		HORA/OCORRÊNCIA	19:00	Hora/Cheg./Pr	19:30

II - TIPO DE ACIDENTE

ATROPELAMENTO		ABALROAMENTO		COLISÃO		CHOQUE		CAPOTAMENTO	
Pedestre		Longitudinal		Frontal		Poste, Árvore		Tombamento	
Animal		Transversal		Traseira		Muro, Casa		Saída da Pista	
						Veículo Parado		Outros	

III - CONSEQUÊNCIA

SEM VITIMA		COM VITIMA	X	MORTOS		FERIDOS	
Nº VEÍC. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE				IDENT.	01	NÃO IDENT.	
						TOTAL	01

IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTANCIAIS

ACID. VERIFICADO		CONDIÇÕES/VIA		CONDIÇÕES/TEMPO		PERÍODO/DIA		SEMAFARO	
Longo da Via	X	Seca	X	Bom	X	Manhã		S/Defeito	X
Cruzamento		Molhada		Chuva		Tarde		C/Defeito	
Outros		Enlamecada		Nebulosa		Noite	X	Desligado	
		Oleada		Garoa		Madrugada		N/Existe	

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

Policial	Placa "Parc"	MÃO DE DIREÇÃO	DIVISÃO DA VIA
F. Pedestre	Placa "Dê a Pref."	Única	Faixa Contínua
F. Retenção	Não há Placas	Dupla	Canteiro Central
			Blocos
			Outros

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA - VI/V2		COMPORTAMENTO - VI/V2	
Realizado no Local		Permaneceu no local	
Enc. Para Exame		Socorrido	X
Não foi Realizado		Evadiu-se	

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

Proprietário		Tamou Conhecimento	
Natureza das Avarias			

1º Primeiro Serviço Notarial e Registral *Ildefonso Torres de Sá*
Rua Dr. Antônio de Sousa Neto, 121 - Centro - CEP 54300-000 - Cabo de São Agostinho (PE) - Fone: (51) 3521.8393 - Fax: (51) 3521-0003

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, ao qual autentico e dou fé.

Escrevente: KATIA CRISTINA PINHEIRO NEVES

Emol. R\$ 3,32, TSNR R\$ 0,66, FERC R\$ 0,33 Total R\$ 4,31

Selo: 0150615-NE05201701-01025-16/05/2017-12-23-17

Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital



VIII - VEÍCULOS

QUANTO À TRACÇÃO - VI/V2		ESPECIE - VI/V2		CATEGORIA - VI/V2	
Automotor	V1	Passageiro	V1	Oficial	
De Propulsão Humana		Carga		Particular	V1
De tração animal		Tração		Aluguel	

IX - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

VEÍCULO - 01

Marca	HONDA	Modelo	CG 150 FAN	Ano	2013	Renavam	529925583	Placa	PGF-6505
Município	ESCADA	Nº do Chassis	9C2KC1680DR308648				Veículo de Carga nº de Eixo		
Carregado		Apreendido				Liberado		Evadiu - se	
Proprietário	JOSE CICERO DA SILVA								
Residência	RUA DO CAMPO					Bairro	CIDADE GARAPU		
Município	CABO	Rg.	6740113	Org. Exp.	SDS PE	CIC.	01482442469		
Condutor	JOSE CICERO DA SILVA								
Residência						Bairro			
Município		Rg.		Org. Exp.		CIC.			
CNH/Pront./ Nº	06167201370	Categoria			Validade			Hora/Dir.	

VEÍCULO - 02

Marca		Modelo		Ano		Renavam		Placa	
Município			Nº do Chassis					Veículo de Carga nº de Eixo	
Carregado			Aprendido			Liberado		Evadiu – se	
Proprietário									
Residência							Bairro		
Município			Rg.		Org. Exp.		CIC.		
Condutor									
Residência							Bairro		
Município		UF	PE	Rg.		Org. Exp.		CIC.	
CNH/Pront./ Nº			Categoria			Validade			Hora/Dir.

TESTEMUNHA - 01

Nome		Idade		Sexo		Profissão	
Residência		Bairro					
Município		UF		Rg.		Org. Exp.	

TESTEMUNHA - 02

Nome		Idade		Sexo		Profissão	
Residência		Bairro					
Município		UF		Rg.		Org. Exp.	

VÍTIMA - 01

VÍTIMA - 01			Natureza dos Ferimentos			Leve		Graves		X		Mortais					
Nome	LUZINETE DA CONCEIÇÃO MOURA						Motorista		Passageiro				Pedestre		X		
Estado Civil		VIUVA		Idade	72	Sexo	FEM		Nacionalidade					Naturalidade			
Profissão				Residência		RUA JOSE APOLOMIO MATIAS N 89						Bairro		CENTRO			
Município	CABO			UF	PE	Rg.	2619907		Org.Exp.		SSP PE		CIC.				
Socorrido	SOCORRIDA NO HOSP DOM HELDER CAMARA									Município							
Dados Fornecidos Por		PARENTES															
Residência														Bairro			
Município				UF	PE	Rg.				Org.Exp.				CIC.			

VÍTIMA - 02

VÍTIMA - 02				Natureza dos Ferimentos			Leve		Graves		X		Mortais		
Nome		JOSE CICERO DA SILVA					Motorista		X		Passageiro		Pedestre		
Estado Civil		SOLTEIRO		Idade		36		Sexo		MASC		Nacionalidade		Naturalidade	
Profissão		Residência										Bairro			
Município				UF		PE		Rg.				Org. Exp.		CIC.	
Socorrido		HOSP DOM HELDER CAMARA										Município			
Dados Fornecidos Por		PARENTES													
PRÓPRIA VITIMA												Bairro			
Município				UF				Rg.				Org. Exp.		CIC.	



ARMARIA DE ARMAZEM
50 MA - MAT. USADO
BATALHÃO DE POLÍCIA AEROMOBILIZADA

XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

	V.1 / V.2		V.1 / V.2
Dirigir S/CNH (Art. 162.I CTB)	-	Deixar de Prestar Inform. s/ accid. (Art. 176 V CTB)	
Conduzir Veic. A Lic. (Art. 230 V CTB)		Desob. Ordens. do Agente trâns. (Art. 195 CTB)	
Conduzir Veic. s/ Doc. Porte Obrig. (Art. 232 CTB)		Conduzir Veic. C/ Lacre Violado (Art. 230.I CTB)	
Dirigir Sob. Influên. Alcool (Art. 165 CTB)		Conduzir Veic. S/ Placa (Art. 230.IV CTB)	
Deixar de Prestar Socorro à Vítima (Art. 176.I CTB)		Conduzir Veic. C/ Placa Ileg. (Art. 230.VI CTB)	
Deixar de Adotar Prov. P/ Evitar Perigo Trâns. (Art. 176.II CTB)		Conduzir Veic. Alter. De Caract. (Art. 230.VII CTB)	
Deixar de Preserva Local de Acid. (Art. 176.III CTB)		Conduzir Veic. Defeito Equip. Obrig. (Art. 230.IX CTB)	
Deixar de Remover Veic. Qdo Determin. (Art. 176.IV CTB)		Outras	

XV - AVARIAS APARENTES

VEÍCULO - 01

EM ANEXO

VEÍCULO - 02

EM ANEXO

10 Primeiro Serviço Notarial e Registral *Ildefonso Torres de Sá*
Rua Dr. Antônio de Sousa Leão, 118 - Centro - CEP 54.500-000 - Cabo de São Roque/SP - Fone: (011) 2521.0293 - Fax: (011) 2521.2033

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, ao qual autentico e dou fé.

Escrevente: KATIA CRISTINA PINHEIRO NEVES
 Enol. R\$ 3,32, TSHR R\$ 0,66, FERC R\$ 0,33 Total R\$ 4,31
 Selo: 0150615.XIWO5201701.01026 16/05/2017 12:23
 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1. Reboque Efetuado	Polícia Militar	Particular	Não Efetuado	
2. Comunicado à Delegacia de				Hora
Nome do Recebedor da Ocorrência			Matricula	
XVII - Responsável Pelo BAT	Posto/Grad.	SGT	Matricula	106967-5
XVIII - Digitador da SSTA	SD PM RENATA CARDOSO		Of. Chefe da SSTA	CAP. PM AZEVEDO



09 06 2016
 Cel PM yhelk - *[assinatura]*
 MAT: 115222

RECEBEMOS EM 16/05/2017 14:00

IV - SIMBOLOGIA

Automóvel e Outros Veículos de 04 Rodas		Incêndio -	
Ônibus, Caminhão ou Trator -		Marcha à frente -	
Trem -		Marcha à Ré -	
Veículo de 2 ou 3 Rodas -		Derrapagem -	
Pedestre		Capotamento ou Tombamento -	
Animal -		Local da colisão -	
Objeto Fixo		Depois da Colisão -	

XIII - CROQUI

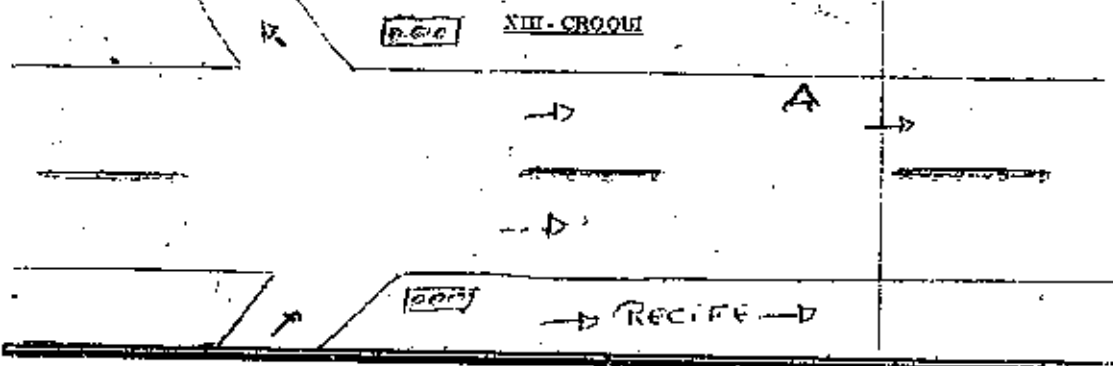
EM ANEXO





XII - INERÇÕES COMETIDAS

	v1	v2	
Dirigir s/ CNH (Art. 162, I, CTB)	☐	☐	(Deixar de prestar inform. s/ (Art. 176, v. CTB)
Conduzir veíc. s/ doc. Port obrig (Art. 232 CTB)	☐	☐	Desob. Ordens do Agente Trans (Art. 195 CTB)
Conduzir veíc. s/ doc. Porte obrig (Art. 232 CTB)	☐	☐	Conduzir veíc. c/ Inere violado (Art. 230, I CTB)
Dirigir sob influência álcool. (Art. 165 CTB)	☐	☐	Conduzir veíc. c/ placa (Art. 230, IV, CTB)
Deixar de prestar socorro à vítima (Art. 176, CTB)	☐	☐	Conduzir veíc. c/ placa ileg. (Art. 230 VI CTB)
Deixar de adotar prev. p/ evitar perigo trans. (Art. 176, CTB)	☐	☐	Conduzir veíc. Alter Di charact. (Art. 230, VII, CTB)
Deixar de prestar soc. local de acíd. (Art. 176 III CTB)	☐	☐	Conduzir veíc. Defeito eqüp. obrig. (Art. 230, IX)
Deixar de remover veíc. Qda Detecm (Art. 176, IV CTB)	☐	☐	Outras:



XIV - SIMBOLOGIA

	Automóvel e outro veículos de 4 rodas		Incêndio
	Ônibus, Caminhão e Trator		Marcha à Frente
	Trem		Marcha à Ré
	Veículo de 2 ou 3 Rodas		Derrapagem
	Pedestre		Capotamento ou Tombamento
	Animal		Local da Colisão
	Objeto Fixo		Depois da colisão

XV - AVARIAS APARENTES

VEÍCULO - 1
AMASSAMENTO DO TÓRQUE.
EMPENAMENTO DO GUIDON.
QUEBRAMENTO DO RETROVISOR LADO
DIREITO, FAROL, CAIXA DE VELOCIDADES
FRONTAL.

VEÍCULO - 02

XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1 - Reboque efetuado: Polícia Militar ☐ Particular ☐ Não efetuado ☐

2 - Comunicado à Delegacia de: _____ Hora: _____
Nome do receptor da ocorrência: _____ Matricula: _____

XVII - RESPONSÁVEL PELO BAT.	POSTO/GRAD.	MATRICULA	NOME
	SGT	1069675	FUERZAS
			ASS:

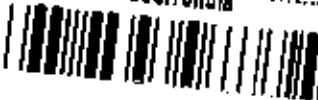
XVIII - Datilógrafo SSTA: _____ Of. Chefe SSTA:

1º Primeiro Serviço Notarial e Registral **Ildefonso Torres de Sá**
Rua Dr. Antônio de Almeida, 104 - Centro, CEP 44.000-000, Caba de São José, Bahia - Brasil
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, do qual autêntico e verdadeiro.
Escritor: KATIA COUTINHO FINEIRO MEDES
Emp. nº 3.32. TPA nº 0.00. FEN nº 0.00. Ins. nº 3.32
Selo: 0150615.0605301201.01028, 16/05/2017 12:23:30
Consulte autenticidade em www.tipe.us.br/selodigital.





Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO -
DP40ªCIRC DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0130005222**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/08/2017** às **11:50**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **3/4/2016** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE - 60, 01, PROXIMIDADES DA IGREJA UNIVESAL - PE.60**
- Bairro: **GARAPU - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSE CICERO DA SILVA (AUTOR \ AGENTE)
LUZINETE DA CONCEICAO MOURA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE CICERO DA SILVA

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

LUZINETE DA CONCEICAO MOURA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DA CONCEICAO GOMES Pai: ND Data de Nascimento: 6/11/1944 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 26-19907/SDS/PE (RG), 32936206472 (CPF) Estado Civil: VIUVO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: PENSIONISTA Telefones Celulares: - 984618368

Endereço Residencial: **BAIRRO DE COHAB (BAIRRO), 89, RUA JOSE APOLONIO MATIAS - - CEP: 55000-000 - Bairro: COHAB - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSE CICERO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CIDADE GARAPU, 01, RUA DO CAMPO - CEP: 55000-000 - Bairro: GARAPU - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE CICERO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGF6505 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **529925583** Chassi: **9C2KC1680DR308648**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013**



Complemento / Observação

A VITIMA ESTAVA ATRAVESSANDO A PE 60, EM FRENTE A IGREJA UNIVERSAL DO REINO DE DEUS, QUANDO FOI ATROPELADA PELO O ACUSADO (IDENTIFICADO) QUE ESTAVA GUIANDO A MOTOCICLETA DE CARACTERISTICAS SUPRACITADAS. SOFRENDO VARIAS LESOES PELO O A CORPO E FRATURAS NAS PERNAS . FOI SOCORRIDA PELO O SAMU PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA. DE LA FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL HAPVIDA, NO ESPINHEIRO , ONDE FICOU INTERNADA POR VARIOS DIAS , PARA FAZER TRATAMENTO DAS LESOES.

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

Luizete da Conceição Moura
 LUIZETE DA CONCEICAO MOURA
 (VITIMA)

B.O. registrado por: *R* ROMÃO JOSÉ FÉLIX - Matricula: 273818-0

1º Primeiro Serviço Notarial e Registral *Hedfonso Torres de Sá*
Rua Dr. Antônio de Souza Lima, 159 - Centro - CEP 54.500-000 - Cabo de São Agostinho / PE - Fone: (31) 3521.0055 - Fax: (31) 3521.0053
 Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original
 que me foi apresentado, ao qual autentico e assino
 Escrevente: KATIA CRISTINA DINHEIRO NEVES *Katia*
 Encl. R\$ 3,41, TSNR R\$ 0,68, FERC de 0,31 Total R\$ 4,40
 Selo: 0150615.60104201801.02563 16/04/2019 16:40:20
 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

27/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUZINETE DA CONCEICAO MOURA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01260-2

CONTA: 000000000422-7

Nr. Autenticação

BRADESCO2707201805000000000023701260000000000422168750 PAGO



Tarifa Social de Energia Elétrica - Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
CONTA FISCAL - FÁBULA - CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-900
 CEP 51.035-931 RUA 01 Nº 110 - E-mail: 0800941211 www.celpe.com.br

Comprovante de residência



ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA LUIZ DE MATTIAS 89 - C

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA LUIZ DE MATTIAS 89 - C

CNPJ 00.933.064-72

CONSUMIDOR
 CASSIO LUIZ MATTIAS DE MATTIAS
 54.45.270

DIAGNÓSTICO DA
 REDE DE DISTRIBUIÇÃO
 MONITORADA

CONTA CONSUMO
 7004357980
 03/2017
 DATA DE VENCIMENTO
 16/03/2017
 DATA DE PAGAMENTO
 06/04/2017
 TOTAL A PAGAR (R\$)
 70,80

Nº DA NOTA FISCAL 009955993
 Nº DO CONTRATO 09032017
 Nº DA FISCALIZAÇÃO 02400331

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE (KWH)	PREÇO UNIT. (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Residencial	70,80	0,21	14,77
Acrescimo Tarifário		4,33	4,33
Contribuição de Energia Elétrica		1,08	1,08
Imposto de Renda		0,01	0,01
TOTAL A PAGAR			70,80

DEMONSTRATIVO DO CONSUMO DE NOTA FISCAL

Nº DO FATORADOR	Tipo de Faturamento	Anterior	Atual	Nº DE CONTABILIDADE	JUSTA	CONSUMO (KWH)
09032017	1.1	07/02/2017	16/03/2017	01	1.1	105,00

COMPARAÇÃO DE CONSUMO

1443 (New TV)		Bald de CALOLOS		%	VALOR DO DEPÓSITO	Causa Bônus Energias	ME	20,67	27,14
1446 12 12%		1446 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1447 12 12%		1447 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1448 12 12%		1448 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1449 12 12%		1449 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1450 12 12%		1450 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1451 12 12%		1451 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1452 12 12%		1452 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1453 12 12%		1453 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1454 12 12%		1454 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1455 12 12%		1455 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1456 12 12%		1456 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1457 12 12%		1457 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1458 12 12%		1458 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1459 12 12%		1459 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1460 12 12%		1460 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1461 12 12%		1461 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1462 12 12%		1462 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1463 12 12%		1463 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1464 12 12%		1464 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1465 12 12%		1465 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1466 12 12%		1466 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1467 12 12%		1467 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1468 12 12%		1468 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1469 12 12%		1469 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1470 12 12%		1470 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1471 12 12%		1471 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1472 12 12%		1472 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1473 12 12%		1473 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1474 12 12%		1474 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1475 12 12%		1475 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1476 12 12%		1476 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1477 12 12%		1477 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1478 12 12%		1478 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1479 12 12%		1479 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1480 12 12%		1480 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1481 12 12%		1481 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1482 12 12%		1482 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1483 12 12%		1483 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1484 12 12%		1484 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1485 12 12%		1485 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1486 12 12%		1486 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1487 12 12%		1487 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1488 12 12%		1488 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1489 12 12%		1489 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1490 12 12%		1490 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1491 12 12%		1491 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1492 12 12%		1492 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1493 12 12%		1493 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1494 12 12%		1494 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1495 12 12%		1495 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1496 12 12%		1496 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1497 12 12%		1497 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1498 12 12%		1498 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1499 12 12%		1499 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30
1500 12 12%		1500 12 12%		16,46	16,46	17 de Novembro de	ME	40,00	1,30



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

Comprovante de residência



APENDIMENTO: RUA JOSE PLECH FERNANDES - NÚM. - 00124 - CENTRO
CABO DE SANTO AGOSTINHO, RJ 24.030-000

DADOS DO CLIENTE

LUZINETE DA CONCEIÇÃO MOURA MATRÍCULA: 12/08/8 A07/2013
R JOSE APOLÔNIO NATIAS, N. 00089 - COHAB CABO DE SANTO AGOSTINHO
DO DE 54.15-220
INSCRIÇÃO: 029.190.660.0071.000 GRUPO: L3 DEB. AUTOMÁTICO: 004270878

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
		2	
HIDRÔMETRO A12U090328	DATA LEIT. ANTERIOR 09/04/2018	DATA LEIT. ATUAL 09/05/2018	TIPO DE CONSUMO (VEI) REAL / N MEDIDO

ÁGUA:
LEIT. ANT: 954
LEIT. ATU: 956
LEIT. FAT: 956
CONSUMO: 2
C FORA FAIXA
ESGOTO:
LEIT. ANT:
LEIT. ATU:
LEIT. FAT:
VOLUME: 2

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

03/2018 14 /14
02/2018 13 /13
01/2018 12 /12
12/2017 03 /08
11/2017 34 /34
10/2017 07 /07
MÉDIA 15 /15

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBID. 74	74	74	74
COR APARELHO 74	74	74	69
CORO RESIDUAL 74	74	74	74
COLIF. TOTAIS 74	74	74	74
E. COLI 74	74	74	74

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBID. SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
SOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA
RESIDENCIAL 2 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA

ESGOTO 80,00% DO VALOR DE ÁGUA
RESIDENCIAL 2 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ESGOTO

CONSUMO TOTAL (R\$)

80,30

13

64,28

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PORCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
ISS COMUS	144,64	1,05	2,39
	144,64	2,00	10,99

VENCIMENTO: 20/05/2018

TOTAL A PAGAR: 144,64

MENSAGEM:

VERIFICAR