





MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

111.986.664-20

Nome

MARIA DA CONCEICAO LEAL FERREIRA

Nascimento

20/03/1956

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
425E.5500.C969.166F

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 11:56:33 do dia 25/07/2013 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CAMPELO NACIONAL DE FAMILIARIDADE

PE

NOME
VANESSA ANDRADE DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5291988 SDS PE

CPF
075.880.264-13

DATA NASCIMENTO
23/03/1989

FILIAÇÃO
ADELSON JOSE DA SILVA
MAURICELIA ANDRADE DA SILVA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB
B

Nº REGISTRO
04341272380

VALIDADE
09/10/2023

1ª HABILITAÇÃO
17/04/2008

Observações
A

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE, PE

DATA EMISSÃO
18/10/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
Charles Andreus Loure Ribeiro
Diretor Presidente

81582496007
PROB1661851

PERNAMBUCO

CONTRAN

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1487243120

PROIBIDO PLASTIFICAR
1487243120

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429395/19

Vítima: MARIA DA CONCEICAO LEAL FERREIRA

CPF: 111.986.664-20

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 12/10/2019

Titular do CPF: MARIA DA CONCEICAO
LEAL FERREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

VANESSA ANDRADE DA SILVA : 075.880.264-13

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

MARIA DA CONCEICAO LEAL FERREIRA : 111.986.664-20

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: 03/12/2019
Nome: VANESSA ANDRADE DA SILVA
CPF: 075.880.264-13

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

VANESSA ANDRADE DA SILVA

Marta Marinho dos Santos



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50090-902
CNPJ 13.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0055943-95 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ADELSON JOSE DA SILVA JUNIOR

CPF 061.243.154-16

CLASSIFICAÇÃO

H3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
049883581	UNICA	04/03/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
040370018	3002460754	5043553

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV CARLOS DE LIMA CAVALCANTI 72
13-01

BAIRRO NOVO OLINDA
OLINDA PE
53000-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7000721845	02/2019
DATA DE VENCIMENTO	DIA MÊS ANO
11/02/2019	07/03/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	125,43

04/03/2019	2003490254	5043553	DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
				144 /000000	0,73479553	105,81
			Consumo Abreviatura			12,77
			Contrib. Sum. Pública Municipal			0,92
			ICMS Subvenção-CDSE-NF 037800064-08/11/10			2,23
			Multa por atraso-NF 041407378 - 07/12/18			1,82
			Multa por atraso-NF 045125824 - 04/01/19			1,57
			Juros por atraso-NF 041407378 - 07/12/18			0,98
			Juros por atraso-NF 045125824 - 04/01/19			

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL (em R\$)

Nº DO MESOR		TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (MWH)
			DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
132857481		CA1	08/01/2019	7.769,95	08/02/2019	7.303,00	31	1,00000		144,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Resposta em kWh

Período	Consumo (kWh)
FEV 18	144
MAI 18	127
DEZ 18	140
NOV 18	156
OUT 18	128
SET 18	133
AUG 18	127
JUL 18	133
JUN 18	134
MAR 18	123
ABR 18	127
MAR 18	133
FEV 18	133

INFORMAÇÕES DE IMPOSTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	125,81	20,00	25,16
PIS	125,81	0,71	0,75
COFINS	125,81	3,34	8,30

COMPANHIA ENERGIA

	R\$	20,58	21,74%
Gerção de Energia	R\$	4,37	4,72%
Transmissão	R\$	23,25	21,97%
Distribuição (Congo)	R\$	1,32	0,97%
Perdas de Energia	R\$	5,88	5,89%
Energias Sotidas	R\$	30,10	38,07%
Total	R\$	185,81	100%

TAXAS APLICADAS

Calcular Imposto

RESERVA DO FISCAL

AP 1A BLOC. DEB 1 BLOC. DEB 2 FOL. RES 1 AOB

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

CICLO	DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				NÍVEL DE TENSÃO		
	TOTALIZANTE	VALOR APLICADO (WATT/H)	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	
						BRANCO	MADEIRO
CHC		0,00	0,00	0,00	0,00	230	231
FC		0,00	0,00	0,00	0,00		
EMC		0,00	0,00	0,00	0,00		

[illegible]

As condições gerais de funcionamento do sistema de ATACOD, no âmbito do projeto, são as seguintes:

- o sistema de ATACOD é um sistema de gestão de qualidade, baseado na norma ISO 9001, com o objetivo de garantir a qualidade dos produtos e serviços oferecidos;
- o sistema de ATACOD é um sistema de gestão de qualidade, baseado na norma ISO 9001, com o objetivo de garantir a qualidade dos produtos e serviços oferecidos;
- o sistema de ATACOD é um sistema de gestão de qualidade, baseado na norma ISO 9001, com o objetivo de garantir a qualidade dos produtos e serviços oferecidos;

CÓDIGO CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7000731045	03/2019	11/02/2019	125,43

838000000001-7 25430011007-5 00072184510-0 13687842183-9



SUELI, ESCOLHA UMA DAS OPÇÕES DE PAGAMENTO ABAIXO:

meuCARDÃO
INTERNACIONAL

1) PAGAMENTO TOTAL R\$ 2.612,06	OU	2) PAGAMENTO MÍNIMO R\$ 1.564,99	OU	3) PARCELAMENTO DESTA FATURA* 15x de R\$379,94	NÚMERO DO CARTÃO 5443.XXXX.XXXX.4223	VENCIMENTO 13/10/2019
------------------------------------	----	-------------------------------------	----	---	---	--------------------------

*veja mais opções no verso

DATA	DESCRIÇÃO	ESTABELECIMENTO	VALOR US\$	CRÉDITO/ DÉBITO R\$
TRANSAÇÕES REALIZADAS PELO TITULAR: SUELI MARIA DOS SANTOS				
28/04/2019	Parcela de compra loja MasterCard - Parc.6/6	FARMACIA STA MARIA	30,24	
18/05/2019	Parcela de compra loja MasterCard - Parc.5/6	TACARUNA COUROS LTDA	116,65	
25/05/2019	Parcela de compra loja MasterCard - Parc.5/6	FARMACIA PERMANENTE	50,86	
27/05/2019	Parcela de compra loja MasterCard - Parc.5/6	FARMACIAS PAGUE MENOS	33,31	
18/06/2019	Parcela de compra loja MasterCard - Parc.4/5	ELETROREFRIGERACAO	50,00	
24/06/2019	Parcela de compra loja MasterCard - Parc.4/6	FARMACIA PERMANENTE	47,81	
01/07/2019	Parcela de compra loja MasterCard - Parc.3/10	MAGAZINE LUIZA S/A - O	84,70	
05/07/2019	Parcela de compra loja MasterCard - Parc.3/3	MULTI POSTO	68,33	
16/08/2019	Parcela de compra loja MasterCard - Parc.2/3	MULTIPOSTOS	62,05	
17/08/2019	Parcela de compra loja MasterCard - Parc.2/2	FARMACIA HBP OLINDA PE	45,34	
17/08/2019	Parcela de compra loja MasterCard - Parc.2/3	MULTIPOSTOS	90,02	
19/08/2019	Parcela de compra loja MasterCard - Parc.2/3	LOJAO DO PETROLEO	91,18	
23/08/2019	Parcela de compra loja MasterCard - Parc.2/3	MULTIPOSTOS	85,99	
24/08/2019	Parcela de compra loja MasterCard - Parc.2/2	FARMACIA HBP OLINDA PE	37,06	
25/08/2019	Parcela de compra loja MasterCard - Parc.2/3	MULTIPOSTOS	81,00	
02/09/2019	IOF Rotativo		8,61	
10/09/2019	Pagamentos Válidos Normais			-1.150,00
17/09/2019	Parcela de compra loja MasterCard - Parc.1/3	MULTIPOSTOS	42,06	
18/09/2019	Parcela de compra loja MasterCard - Parc.1/6	FARMACIA PERMANENTE	26,81	
21/09/2019	Parcela de compra loja MasterCard - Parc.1/3	FIRST CLASS	120,00	
27/09/2019	Encargos de Refinanciamento 15,90%		196,19	
27/09/2019	ANUIDADE INI		9,90	

MELHOR DIA COMEÇAR 31																																								
LIMITES - R\$ COMPRAS 4.200,00 SAQUE EMERGENCIAL* 630,00 SAQUE RÁPIDO 450,00 <small>*Limite incluído no limite de COMPRAS. Uso exclusivo na rede Banco24 Horas e bancos</small>																																								
ENCARGOS FINANCEIROS <table border="1"> <tr> <th></th> <th>Juros a.m. (%)</th> <th>Juros a.a. (%)</th> <th>GET a.m. (%)</th> <th>GET a.a. (%)</th> </tr> <tr> <td>Crédito Rotativo:</td> <td>15,90</td> <td>487,49</td> <td>15,33</td> <td>465,38</td> </tr> <tr> <td>Parcelamento de fatura:</td> <td>13,90</td> <td>376,74</td> <td>-</td> <td>409,37</td> </tr> <tr> <td>SAQUE Emerg:</td> <td>19,70</td> <td>795,23</td> <td>22,80</td> <td>1.116,29</td> </tr> <tr> <td>Juros Remuneratórios:</td> <td>15,90</td> <td>487,49</td> <td>15,33</td> <td>465,38</td> </tr> <tr> <td>SAQUE Rápido:</td> <td>14,90</td> <td>429,47</td> <td>15,49</td> <td>463,84</td> </tr> <tr> <td>Multa:</td> <td>2,00</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Juros de Mora:</td> <td>1,00</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </table> <small>Encargos máximos prazos período % a.m. = 17,30 IOF adicional: 0,0082% ao dia + 0,38% IOF compras exterior: 6,38 % Cobrado apenas nos pagamentos realizados após a data de vencimento.</small>		Juros a.m. (%)	Juros a.a. (%)	GET a.m. (%)	GET a.a. (%)	Crédito Rotativo:	15,90	487,49	15,33	465,38	Parcelamento de fatura:	13,90	376,74	-	409,37	SAQUE Emerg:	19,70	795,23	22,80	1.116,29	Juros Remuneratórios:	15,90	487,49	15,33	465,38	SAQUE Rápido:	14,90	429,47	15,49	463,84	Multa:	2,00	-	-	-	Juros de Mora:	1,00	-	-	-
	Juros a.m. (%)	Juros a.a. (%)	GET a.m. (%)	GET a.a. (%)																																				
Crédito Rotativo:	15,90	487,49	15,33	465,38																																				
Parcelamento de fatura:	13,90	376,74	-	409,37																																				
SAQUE Emerg:	19,70	795,23	22,80	1.116,29																																				
Juros Remuneratórios:	15,90	487,49	15,33	465,38																																				
SAQUE Rápido:	14,90	429,47	15,49	463,84																																				
Multa:	2,00	-	-	-																																				
Juros de Mora:	1,00	-	-	-																																				
MENSAGEM Prezado cliente, em caso de atraso, serão cobrados os encargos: multa de 2%, juros de mora de 1% a.m. e juros remuneratórios, exceto no caso de parcelamento do saldo devedor de fatura decorrente do rotativo, que os juros remuneratórios serão os que foram aplicados nesta operação. Atrasos acima de 90 dias podem bloquear definitivamente seu cartão.																																								
COTAÇÃO DO DÓLAR Cotação: US\$1,00=R\$4,22 13/09/2019 Se a cotação do dólar acima for diferente da cotação na data de pagamento, os ajustes (crédito/débito) serão feitos na sua próxima fatura.																																								

Saldo Anterior	Pagamentos/Créditos	Compras/Débitos	Total R\$
2.383,95	- 1.150,00	+ 1.378,11	= 2.612,06

Compras/Saques	Outros Débitos	Créditos	Saldo Atual - US\$	Taxa de Conversão	Total Convertido R\$
0,00	+ 0,00	- 0,00	= 0,00	x 0,00	= 0,00

Importante:
As despesas que constam na fatura não contemplam as compras na loja cartão. Assim, dentro de um mesmo período de vencimento do Meu Cardão, você poderá ter que pagar, além da fatura, um ou mais cartões correspondentes a esta opção. Pagando qualquer valor entre o mínimo e o total desta fatura, sobre a diferença incidirão os encargos de financiamento, que serão demonstrados na próxima fatura e terão o valor máximo de 172,33.

Central de Atendimento Meu Cardão
Atendimento 24 horas
3004 5060
0800 073 6637

Beneficiário: Realize Crédito, Financiamento e Investimento S.A.	Nosso Número: 1024859385-1	Vencimento: 13/10/2019
Pagador:	Nº do Documento: 1024859385	Valor: R\$ 2.612,06

CÓDIGO DE BARRAS PARA PAGAMENTO NAS LOJAS RENNER



Santander				033-7	03399.87869 70400.102482 59385.101015 3 00000000000000			
Local de Pagamento PAGÁVEL NAS LOJAS RENNER OU QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA								Vencimento 13/10/2019
Beneficiário Realize Crédito, Financiamento e Investimento S.A. CNPJ 27.351.731/0001-38 Av. Dolores Alcaras Caldas, 90 - 10º andar - Praia de Belas - Porto Alegre/RS.								Agência / Código Beneficiário 2031 / 8786704
Data Documento 27/09/2019	Número Documento 1024859385	Espécie Doc. BCC	Assinatura N	Data do Processamento 27/09/2019	Nosso Número (Ref. Do Cliente) 1024859385-1			
Uso do Banco	Carteira 101	Moeda R\$	Quantidade	Valor	(R) Valor do Documento			
Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário): Prezado cliente, para pagamentos inferiores ao valor mínimo, a conta será considerada ainda em atraso, incluindo a cobrança de encargos conforme descrito em contrato. Os encargos referentes ao atraso do pagamento, serão debitados na sua próxima fatura. Sr. Caixa, não receber valor superior ao saldo atual da fatura. Não receber pagamento após 30 dias de vencimento. NÃO ACEITAR PAGAMENTO EM CHEQUE. Dica de segurança: Confira os 5 primeiros números da linha digitável. Eles sempre deverão corresponder ao código do banco Santander 03399.								(-) Desconto (-) Outras Deduções / Abatimento (-) Mora / Multa / Juros (+) Outros Acréscimos (R) Valor Cobrado

Pagador: SUELI MARIA DOS SANTOS CPF: 431.516.394-53
R ANTONIO FRANCISCO LOUREIRO, 89 CASA C
53240371 - BULTRINS - OLINDA - PE



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
ADELSON JOSÉ DA SILVA

FILIAÇÃO
MANOEL JOSÉ DA SILVA
MARIA JOSÉ DA SILVA

NATURALIDADE
RECIFE-PE

DATA DE NASCIMENTO
21/07/1961

RG
1.536.987 - SSP-PE

CPF
253.574.254-34

DOADOR DE ÓRGÃO E TESTIGO
NÃO

VIA
01

EXPIROU EM
26/10/2012

ASSINATURA
HENRIQUE NEVES MARIANO
PRESIDENTE

INSCRIÇÃO
25845

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL .06015635

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE COM FÉ PÚBLICA EM TODOS OS FINES LEGAIS
(Art. 1º da Lei nº 8.200/91)

FOTO

ASSINATURA DO PORTADOR

ASSINATURA

BARCODE

LOGO OAB

RECURSO

RECURSO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190672747 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA CONCEICAO LEAL FERREIRA **Data do acidente:** 12/10/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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: 3190672747 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA CONCEICAO LEAL FERREIRA **Data do acidente:** 12/10/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MARIA DA CONCEIÇÃO LEAL FERREIRA, brasileira, solteira, do lar, portador (a) da Cédula de Identidade RG nº 2.777.011 SDS/PE, inscrito (a) no CPF/MF sob nº 111.986.664-20, residente e domiciliado (a) na Rua Ligia Gomes, nº 30, Bairro: Ouro Preto, Cidade: Olinda, Estado: PE, CEP: 53370-255, que outorga os poderes constantes nesta procuração,

OUTORGADOS: DRª VANESSA ANDRADE DA SILVA, brasileira, casada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 33.821 - D, a quem substabelecer, com endereço profissional à Av. Chico Science, Nº 72, Loja 07, Bultrins – Olinda/PE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meus bastantes procuradores e outorgados acima qualificados, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que os outorgados dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima **MARIA DA CONCEIÇÃO LEAL FERREIRA**.

FINALIDADE: DEFENDER OS INTERESSES DO OUTORGANTE.

Olinda, 18 de Novembro de 2019



IMPRESSÃO DIGITAL DA VÍTIMA/OUTORGANTE MARIA DA CONCEIÇÃO LEAL FERREIRA
CPF/MF sob nº 111.986.664-20

Adelson José da Silva
CPF nº 253.574.254-34
ASSINATURA A ROGO

Dra. Vanessa Andrade da Silva
OAB/PE 33.821
Outorgado

Adelson José da Silva Junior
CPF nº 061.243.154-16
Testemunha 01

Mauricélia Andrade da Silva
CPF nº 351.230.524-53
Testemunha 02

R. Professor José Cândido Pessoa, 48
Bairro Novo - Olinda - PE Fone: (81) 3439-1709

Reconheço por autenticidade a firma de
ADELSON JOSE DA SILVA JUNIOR, Dou fe.
Consulte a autenticidade do selo digital em www.tjpe.jus.br/selodigital



Selo: 0150672.THZ10201901.03718 - Ato: Rec. da Firma.
Data: 29/11/2019 15:29:27
EMOL: R\$ 3,59 TSNR: R\$ 0,80 FERC: R\$ 0,40 Rafael Gomes de Meneses
FERM: R\$ 0,04 FUNSEG: R\$ 0,08 Escrevente

53.320-170, Olinda/ PE

S: 327.1879

2º CARTÓRIO DE NOTAS DE
R. Professor José Cândido Pessoa, 48
Bairro Novo - Olinda - PE Fone: (81) 3439-1709
Reconheço por autenticidade a firma de:
MAURICÉLIA ANDRADE DA SILVA, Dou fe.
Consulte a autenticidade do selo digital em www.tjpe.jus.br/selodigital
Selo: 0150672.PJV10201901.02448 - Ato: Rec. da Firma.
Data: 21/11/2019 16:11:49
EMOL: R\$ 3,59 TSNR: R\$ 0,80 FERC: R\$ 0,40 Rafael Gomes de Meneses
FERM: R\$ 0,04 FUNSEG: R\$ 0,08 Escrevente

2º CARTÓRIO DE NOTAS DE
R. Professor José Cândido Pessoa, 48
Bairro Novo - Olinda - PE Fone: (81) 3439-1709
Reconheço por autenticidade a firma de:
ADELSON JOSE DA SILVA, Dou fe.
Consulte a autenticidade do selo digital em www.tjpe.jus.br/selodigital
Selo: 0150672.KLX10201901.02449 - Ato: Rec. da Firma.
Data: 21/11/2019 16:13:21
EMOL: R\$ 3,59 TSNR: R\$ 0,80 FERC: R\$ 0,40 Rafael Gomes de Meneses
FERM: R\$ 0,04 FUNSEG: R\$ 0,08 Escrevente

Av. Chi

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429395/19

Número do Sinistro: 3190672747

Vítima: MARIA DA CONCEICAO LEAL FERREIRA

CPF: 111.986.664-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/10/2019

Titular do CPF: MARIA DA CONCEICAO
LEAL FERREIRA

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

MARIA DA CONCEICAO LEAL FERREIRA : 111.986.664-20

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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: 13/12/2019
Nome: VANESSA ANDRADE DA SILVA
CPF: 075.880.264-13

VANESSA ANDRADE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429395/19

Vítima: MARIA DA CONCEICAO LEAL FERREIRA

CPF: 111.986.664-20

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 12/10/2019

Titular do CPF: MARIA DA CONCEICAO
LEAL FERREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

VANESSA ANDRADE DA SILVA : 075.880.264-13

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

MARIA DA CONCEICAO LEAL FERREIRA : 111.986.664-20

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: 03/12/2019
Nome: VANESSA ANDRADE DA SILVA
CPF: 075.880.264-13

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

VANESSA ANDRADE DA SILVA

Marta Marinho dos Santos

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190672747 Vítima: MARIA DA CONCEICAO LEAL FERREIRA

Data do Acidente: 12/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VANESSA ANDRADE DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DA CONCEICAO LEAL FERREIRA

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

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

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190672747

Vítima: MARIA DA CONCEICAO LEAL FERREIRA

Data do Acidente: 12/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VANESSA ANDRADE DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DA CONCEICAO LEAL FERREIRA

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, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190672747

Vítima: MARIA DA CONCEICAO LEAL FERREIRA

Data do Acidente: 12/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VANESSA ANDRADE DA SILVA

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), MARIA DA CONCEICAO LEAL FERREIRA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15252957



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 ASI:

3 - CPF da vítima:

111 986 664 20

4 - Nome completo da vítima:

Maria do Conceição Leal Fereiro

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

5 - Nome completo:

Maria do Conceição Leal Fereiro

7 - Profissão:

do lar

8 - Endereço:

Rua Ligia Gomes

6 - CPF:

111 986 664 20

11 - Bairro:

Quero Preto

12 - Cidade:

Olinda

9 - Número:

30

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53370 255

16 - Tel.(DDD):

98346 9684

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0917

CONTA:

00046569

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ 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 (a) 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

Inscrição digital da vítima ou beneficiário ou representante

Adelson José de Silva

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

253 574 254 - 34

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

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

38 - 1ª Nome:

Adelson José de Silva Junior

CPF: 061 243 354 - 16

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

Mauricéia Andreia do Silva

CPF: 351 230 524 - 53

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Olinda

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se presente)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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: ☐ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0097 CONTA: 00046669

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

34 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): Adelson José da Silva

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

293 574 254 - 34

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

Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª Nome: Adelson José da Silva

CPF: 061 2213 254 - 16

Assinatura da testemunha:

39 - 2ª Nome: Mariaclara Andréia do Carmo

CPF: 351 230 524 - 53

Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data: Olinda

12/12/19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se for o caso)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0114009706**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/11/2019** às **09:18**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **12/10/2019** às **14:16**

Fato ocorrido no endereço: **AV SEN. NILO COELHO, OURO PRETO, OLINDA - OLINDA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE OURO PRETO (BAIRRO), 1 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARIA DA CONCEIÇÃO LEAL FERREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

MARIA DA CONCEIÇÃO LEAL FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: BENIGNA ANTONIA LEAL Pai: SEVRINO FERREIRA ODILON Data de Nascimento: 20/3/1956 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2777011/SDS/PE (RG). 11198666420 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Telefones Celulares:
- **983469684**

Residencial: **AV NILO COELHO 30, OURO PRETO, OLINDA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE OURO PRETO (BAIRRO), 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE OLINDA (BAIRRO), 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A RUA DE SUA CASA QUANDO FOI ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, QUE TAMBÉM NÃO PRESTOU SOCORRO A VÍTIMA, ELA FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA A UPA DE OLINDA, POIS SOFREU UMA FRATURA NA PERNA ESQUERDA, PRECISANDO COLOCAR PLATINA.

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

**MARIA DA CONCEIÇÃO LEAL FERREIRA
(VITIMA)**

B.O. registrado por:  **CLAUDIO ALVES DE SOUZA** - Matrícula: **296954-8**

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:

111 986 664 20

4 - Nome completo da vítima:

Maria do Conceição Leal Figueiredo

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

5 - Nome completo:

Maria do Conceição Leal Figueiredo

7 - Profissão:

do lar

8 - Endereço:

Rua Ligia Gomes

6 - CPF:

111 986 664 20

11 - Bairro:

Quero Preto

12 - Cidade:

Olinda

9 - Número:

30

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53370 255

16 - Tel.(DDD):

8346 9684

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0917

CONTA:

00046569

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ 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 (a) 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

Intenção digital da vítima ou beneficiário ou representante

Adelson José de Silva

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

253 574 254 - 34

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

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

38 - 1ª Nome:

Adelson José de Silva Junior

CPF: 061 243 354 - 16

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

Mauricéia Andreia do Silva

CPF: 351 230 524 - 53

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Olinda

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se presente)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)




PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGÊNCIA/SAMU



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o Sra **MARIA DA CONCEIÇÃO LEAL FERREIRA**, portador do RG nº 2.777.011 SSP- PE, CPF- 111.986.664-20 foi socorrido pelo Serviço Móvel de Urgência / SAMU 192 Olinda, Nº ocorrência 693618, no dia 12/10/2019, aproximadamente às 14:16h, na PE-15 (AV. Nilo Coelho, próximo ao bar da Mangueira e bar da Acerola) –Ouro Preto- Olinda-PE, via pública causas externas, acidente de trânsito (Atropelamento). Encaminhado para UPA Olinda.

Olinda, 22 de outubro de 2019.


Rosilene M. Monte Gomes
Téc. Administrativo
SAMU 192 Olinda
Mat. 724
Téc. Adm./SAMU 192 – Olinda



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

ATENDIMENTO: AVENIDA PRES GETULIO VARGAS - NUM. - 00895 - BA
IRRO NOVO OLINDA PE 53030-010

DADOS DO CLIENTE MATRÍCULA: 108875890 Set/2019
JOYCE LOPES DA SILVA
R LIGIA GOMES, N. 00030 - CASA C - OURO PRETO OLINDA PE 53370-
255
INSCRIÇÃO: 096.405.300.3728.000 GRUPO: 11 DEB. AUTOMÁTICO: 108875890

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS		
		RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL
		1		
HIDRÔMETRO A185396731		DATA LEIT. ANTERIOR 04/09/2019	DATA LEIT. ATUAL 04/10/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL

ÁGUA:
LEIT ANT: 83 CONSUMO: 6
LEIT ATU: 89
LEIT FAT: 89

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

08/2019 09
07/2019 06
06/2019 05
05/2019 06
04/2019 30

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	132	132	128
COR APARENTE	132	132	125
CLORO RESIDUAL	132	132	123
KOLIF. TOTAIS	132	132	130
E. COLI	132	132	130

MÉDIA: 11

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

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 TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

CONSUMO TOTAL (R\$)

ÁGUA
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA

6 M3 44,08

MULTA P/IMPONTUALIDADE 08/2019

0,88

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PM	44,08	1,65	0,73
COFINS	44,08	7,60	3,35

VENCIMENTO: 20/10/2019

TOTAL A PAGAR: 44,96

MENSAGEM:

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO
TOTAL DE R\$ 235,24. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA-
TIVACÃO E SUSPENSÃO DO FORTECIMENTO DE ÁGUA.

Para uso do Correo

<input type="checkbox"/>	Mudou - se
<input type="checkbox"/>	Endereço Insuficiente
<input type="checkbox"/>	Não existe nro. indicado
<input type="checkbox"/>	Desconhecido

<input type="checkbox"/>	Recusado
<input type="checkbox"/>	Não procurado
<input type="checkbox"/>	Ausente
<input type="checkbox"/>	Falecido

<input type="checkbox"/>	Inf. escrita pelo porteiro/sindico
--------------------------	------------------------------------

<input type="checkbox"/>	Data
--------------------------	------

Retirado ao Serviço Postal em



CTC RECIFE PE PL2

VANESSA ANDRADE DA SILVA
AV - GUARARAPES, 624 APT 201
JARDIM ATLANTIC
53140-060 - OLINDA - PE



7209036538628210000000642130180719



DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO
Cidade de Deus s/n - Vila Yara
Prédio Marrom 06029-900 Osasco - SP



002501000007117072019

Quvidoria 0800 727 9933 - Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, contate a Quvidoria, das 08h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.

SAC 0800 721 1166
Deficiência Auditiva ou de Fala 0800 722 0099
Reclamações, Cancelamentos e Informação Gerais.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

Central de Atendimento Bradesco Consórcios
Consultas, Informações e Serviços Transacionais
Capitais e Regiões Metropolitanas 4004 4436
Demais Localidades 0800 722 4436
Das 08h às 20h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para obter mais informações, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (se você tiver dificuldade de audição).

IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

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

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

Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e planos de saúde.

Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Declarante: Vanessa Andreode de Silva inscrito (a) no CPF 075880264, 13

Segurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário: Maria do Bonfim Leal Ferreira inscrito (a) no CPF 111986664, 20

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima

Maria do Bonfim Leal Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 111986664, 20, conforme Circular Susep 445/12;

Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Não informo.

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando comprovante de residência do endereço informado.

Esclareço que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Av. Guararapes</u>		Número: <u>624</u>	Complemento: <u>Ap 201</u>
Bairro: <u>Jd. Atlântico</u>	Cidade: <u>Olinda</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>53140060</u>
E-mail: <u>vanessa.andreode21@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD): <u>30123030</u>	Telefone celular (DDD): <u>988211879</u>

Olinda, 21 de Novembro de 19

Local e Data

Assinatura do Declarante