



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)
dígito verificador: 00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429395/19

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

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João Ribeiro Barros, 111, Bairro Recife, Pernambuco - CEP 50090-002
CNPJ 18.835.822/0001-08 | Inscrição Estadual: 0055943-95 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ADELSON JOSE DA SILVA JUNIOR

CPF: 061.243.154-16

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
045985881	UNICA	04/02/2019
04/02/2019	300248024	5043683

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV CARLOS DE LIMA CAVALCANTI 72
LJ-07BAIRRO NOVOOLINDA
OLINDA PE
53009-000

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	144,000000	0,73479853	105,81
Contrib. Ium. Pública Municipal			12,77
ICMS Subvenção-CDE-Inf 037800084-08/11/10			0,92
Multa por atraso-INF 041407378-07/12/18			2,23
Multa por atraso-INF 045139824-04/01/19			1,82
Juros por atraso-INF 041407378-07/12/18			1,52
Juros por atraso-INF 045125824-04/01/19			0,36

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
31085740	CAT	04/02/2019	11/02/2019	144,00	30	1.00000		144,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MES/ANO	ICMS	PIS	COFINS
FEB'19 144			
JAN'19 127			
DEZ'18 149			
NOV'18 159			
OCT'18 128			
SET'18 133			
AGO'18 127			
JUL'18 123			
JUN'18 134			
MAR'18 120			
ABR'18 127			
FEB'18 132			

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPORTE	COMPENSAÇÃO AUTOMÁTICA	VALOR
125,81	26,00	32,41	Gerador de Energia	R\$ 23,58
125,81	0,71	0,92	Transmissão	R\$ 4,37
125,81	0,31	0,39	Distribuição (Celpe)	R\$ 33,25
			Perdas de Energia	R\$ 1,33
			Energia Solar/Solar	R\$ 5,89
			Impostos	R\$ 30,10
			Total	R\$ 185,21

TARIFAS APLICADAS

0,62188000

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pequeno ponto traz a parte de menor intensidade, ou seja, menor intensidade de consumo de energia elétrica. O consumo é dividido em duas faixas: menor e maior que o ponto de corte. O cliente é compensado automaticamente se o consumo individual estiver dentro da faixa de menor consumo. Pode haver multa de 2% (dois reais) diária, se o consumo individual estiver acima do ponto de corte. Se o consumo individual estiver acima do ponto de corte, não haverá multa, mas o cliente não poderá mais ser compensado automaticamente.

Na categoria menor intensidade, a tarifa é de R\$ 0,62188000. Na categoria maior intensidade, a tarifa é de R\$ 0,62188000. A tarifa é calculada com base no consumo individual, ou seja, não é dividida entre os consumidores da mesma residência.

DURADA E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

TIPOLOGIA	VALOR APÓS 100%	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMEAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)
0%	0,00	0,00	0,00	0,00	220	-20 / +20
1%	0,00	0,00	0,00	0,00	220	-20 / +20
2%	0,00	0,00	0,00	0,00	220	-20 / +20

Límite GDFP: 0,00

ELETRONIC - Visão eletrônica de Custo de Distribuição = R\$ 19,44

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

83800000001-7 25430011007-5 00072184510-0 13687842183-9



SUELI , ESCOLHA UMA DAS OPÇÕES DE PAGAMENTO ABAIXO:

(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	NUMERO DO CARTÃO: 5443.XXXX.XXXX.4223	VENCIMENTO: 13/10/2019
-------------------------------------	------	--------------------------------------	------	--	--	---------------------------

*veja mais opções na verso.

Demonstrativo

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

MELHOR DIA COMpra

31

LIMITES - R\$

COMPRAS	4.200,00
SAQUE EMERGENCIAL*	630,00
SAQUE RÁPIDO	450,00

*Limite inclui o limite de COMPRA. Usuário exclusivo na rede Banco24Horas + bancas

ENCARGOS FINANCEIROS

	Amt	Amtxx	Gt Amt	Gt Amt
Credito Rotativo:	15,90	407,49	15,53	465,38
Parcelamento de fatura:	13,90	376,74	-	409,37
Saque Emerg:	19,70	565,23	22,80	1.116,29
Juros Remuneratórios:	15,90	407,49	15,53	465,38
Saque Rápido:	14,90	429,47	15,49	463,84
Multa*:	2,00	-	-	-
Juros de Mora*:	1,00	-	-	-
Encargos máximos privado período % a.m. = 17,90				
IOP adicional: 0,0082% ao dia + 0,38%				
IOP compras exterior = 3,38%				
*Cobrado apenas nos pagamentos realizados após a data de vencimento.				

MENSAGEM

Possui cliente, em caso de atraso, sobre cobrados com encargos: multa de 2%, juros de mora de 1% a.m. e juros remuneratórios, exceto no caso de parcelamento do saldo devedor da fatura decorrente do rotativo, que os juros remuneratórios serão os que foram aplicados neste operação. Atrasos acima de 60 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 (dinheiro/dívida) serão feitos na sua próxima fatura.

Resumo em Real

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

Resumo em Dólar

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 lojão cartão. Assim, dentro de um mesmo período de vencimento do Meu Cartão, 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 dessa fatura, sobre a diferença, incidirão os encargos de refinanciamento, que serão demonstrados na próxima fatura e serão o valor máximo de 172,03.

Resumo do Saldo

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

Central de Atendimento Meu Cartão
Atendimento 24 horas

Principais Capital e Imposto

Imposto Básico

3004 5060

Demais localidades

0800 073 6637

CÓDIGO DE BARRAS PARA PAGAMENTO NAS LOJAS RENNER



033-7

03399.87869 70400.102482 59385.101015 3 0000000000000000

Local de Pagamento	Vencimento
PAGÁVEL NAS LOJAS RENNER OU QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA	13/10/2019

Beneficiário	CNPJ
Realize Crédito, Financiamento e Investimento S.A.	27.351.731/0001-38
Av. Dolores Alcaras Caldas, 90 - 10º andar - Praia de Belas - Porto Alegre/RS.	

Data Documento	Número Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número (Ref. Do Cliente)
27/09/2019	1024859385	BCC	N	27/09/2019	1024859385-1

Uso do Banco	Câmbio	Moeda	Quantidade	Valor	(*) Valor do Documento
		R\$			

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

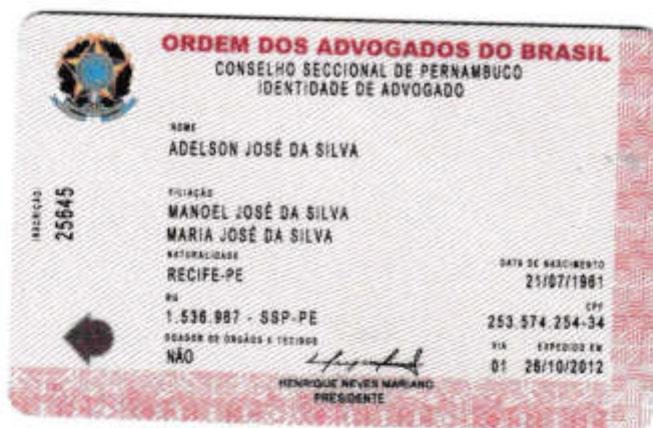
Dica de segurança: Confira os 5 primeiros números da linha digitável. Eles sempre deverão corresponder ao código do banco Santander 03399.

Pagador SUELI MARIA DOS SANTOS CPF: 431.516.394-53

R ANTONIO FRANCISCO LOUREIRO, 89 CASA C

53240371 - BULTRINS - OLINDA - PE





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

Valorização 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: RAIO 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

Valorização 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: RAIO 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: DR^a 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 RÔGO

Dra. Vanessa Andrade da Silva
OAB/PE 33.821
Outorgado

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

Mauricélia Andrade da Silva
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 fé.
Consulte a autenticidade do selo digital em www.tjpe.jus.br/selodigital
Sel.: 0150672.THZ10201901.03718 - Ato: Rec. de 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

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 fé.
Consulte a autenticidade do selo digital em www.tjpe.jus.br/selodigital
Sel.: 0150672.KLX10201901.02449 - Ato: Rec. de 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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

VANESSA ANDRADE DA SILVA

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/10/2019

Titular do CPF: MARIA DA CONCEICAO LEAL FERREIRA

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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

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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 17 de 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

Maria de Lourdes Leal Ferreira

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

do lar

8 - Endereço:

Rua Ligeia Gomes

12 - Cidade:

Olinda

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53370 255

15 - E-mail:

ceiro Preto

6 - CPF:

44 986 664 20

9 - Número:

30

10 - Complemento:

16 - Tel.(DDD):

98346 9684

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

RS1.00 A RS1.000,00

RS1.001,00 ATÉ RS2.500,00

RS2.501,00 ATÉ RS5.000,00

ACIMA DE RS5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0914

CONTA: 00046569

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

indemnização 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 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (f/c Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/vívidos?

Sim

Não

34 - Nome digital da pessoa beneficiária

digitada

electrônica

há alfabetizado

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)

40 - Local e Data,

Olinda

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (representante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

333 986 664-20

Manoel Ferreira de Souza

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:		16 - Tel. (DDD):	58346-6625

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____	
AGÊNCIA: 10914	CONTA: 00046569	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
		(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, 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

<input checked="" type="checkbox"/> 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:
<ul style="list-style-type: none"> • 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 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 discordar do seu conteúdo.

INVALIDEZ
PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varônecas)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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 - Firma do cliente	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)
40 - Local e Data:	Olinda	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)	42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V007/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA 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 PÚBLICA**

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 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

44986664 20

4 - Nome completo da vítima:

Maria de Lourdes Leal Ferreira

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:

Maria de Lourdes Leal Ferreira

44986664 20

7 - Profissão:

do lar

8 - Endereço:

Rua Ligeia Gomes

9 - Número:

30

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Olinda

12 - Cidade:

Olinda

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53370 255

15 - E-mail:

Olinda

15 - 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)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0914

CONTA: 00046569

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Name do BANCO:

AGÊNCIA:

0914

CONTA: 00046569

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, 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 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 (1º Civil) Divorciado Separado judicialmente

24 - Data do óbito da vítima:

Viúvo

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Sim Não

28 - Vítima teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

Sim

informar

Sim

Não

filhos?

Não

31 - Vítima teve

32 - Vítima teve

33 - Vítima teve

nascimentos?

33 - Vítima teve

Sim

Falecidos:

34 - Vítima teve

Sim

Vivos:

35 - Vítima teve

Vivos:

Falecidos:

36 - Vítima teve

Falecidos:

37 - Vítima teve

38 - 1º | Nome:

39 - 2º | Nome:

Nascer?

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (representante)

Não

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura da testemunha

45 - Assinatura da testemunha

46 - Assinatura da testemunha

46 - Assinatura da testemunha

47 - Assinatura da testemunha

48 - Assinatura da testemunha

48 - Assinatura da testemunha

49 - Assinatura da testemunha

50 - Assinatura da testemunha

50 - Assinatura da testemunha

51 - Assinatura da testemunha

52 - Assinatura da testemunha

52 - Assinatura da testemunha

53 - Assinatura da testemunha

54 - Assinatura da testemunha

54 - Assinatura da testemunha

55 - Assinatura da testemunha

56 - Assinatura da testemunha

56 - Assinatura da testemunha

57 - Assinatura da testemunha

58 - Assinatura da testemunha

58 - Assinatura da testemunha

59 - Assinatura da testemunha

60 - Assinatura da testemunha

60 - Assinatura da testemunha

61 - Assinatura da testemunha

62 - Assinatura da testemunha

62 - Assinatura da testemunha

63 - Assinatura da testemunha

64 - Assinatura da testemunha

64 - Assinatura da testemunha

65 - Assinatura da testemunha

66 - Assinatura da testemunha

66 - Assinatura da testemunha

67 - Assinatura da testemunha

68 - Assinatura da testemunha

68 - Assinatura da testemunha

69 - Assinatura da testemunha

70 - Assinatura da testemunha

70 - Assinatura da testemunha

71 - Assinatura da testemunha

72 - Assinatura da testemunha

72 - Assinatura da testemunha

73 - Assinatura da testemunha

74 - Assinatura da testemunha

74 - Assinatura da testemunha

75 - Assinatura da testemunha

76 - Assinatura da testemunha

76 - Assinatura da testemunha

77 - Assinatura da testemunha

78 - Assinatura da testemunha

78 - Assinatura da testemunha

79 - Assinatura da testemunha

80 - Assinatura da testemunha

80 - Assinatura da testemunha

81 - Assinatura da testemunha

82 - Assinatura da testemunha

82 - Assinatura da testemunha

83 - Assinatura da testemunha

84 - Assinatura da testemunha

84 - Assinatura da testemunha

85 - Assinatura da testemunha

86 - Assinatura da testemunha

86 - Assinatura da testemunha

87 - Assinatura da testemunha

88 - Assinatura da testemunha

88 - Assinatura da testemunha

89 - Assinatura da testemunha

90 - Assinatura da testemunha

90 - Assinatura da testemunha

91 - Assinatura da testemunha

92 - Assinatura da testemunha

92 - Assinatura da testemunha

93 - Assinatura da testemunha

94 - Assinatura da testemunha

94 - Assinatura da testemunha

95 - Assinatura da testemunha

96 - Assinatura da testemunha

96 - Assinatura da testemunha

97 - Assinatura da testemunha

98 - Assinatura da testemunha

98 - Assinatura da testemunha

99 - Assinatura da testemunha

100 - Assinatura da testemunha

100 - Assinatura da testemunha

101 - Assinatura da testemunha

102 - Assinatura da testemunha

102 - Assinatura da testemunha

103 - Assinatura da testemunha

104 - Assinatura da testemunha

104 - Assinatura da testemunha

105 - Assinatura da testemunha

106 - Assinatura da testemunha

106 - Assinatura da testemunha

107 - Assinatura da testemunha

108 - Assinatura da testemunha

108 - Assinatura da testemunha

109 - Assinatura da testemunha

110 - Assinatura da testemunha

110 - Assinatura da testemunha

111 - Assinatura da testemunha

112 - Assinatura da testemunha

112 - Assinatura da testemunha

113 - Assinatura da testemunha

114 - Assinatura da testemunha

114 - Assinatura da testemunha

115 - Assinatura da testemunha

116 - Assinatura da testemunha

116 - Assinatura da testemunha

117 - Assinatura da testemunha

118 - Assinatura da testemunha

118 - Assinatura da testemunha

119 - Assinatura da testemunha

120 - Assinatura da testemunha

120 - Assinatura da testemunha

121 - Assinatura da testemunha

122 - Assinatura da testemunha

122 - Assinatura da testemunha

123 - Assinatura da testemunha

124 - Assinatura da testemunha

124 - Assinatura da testemunha

125 - Assinatura da testemunha

126 - Assinatura da testemunha

126 - Assinatura da testemunha



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. 122



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

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

DADOS DO CLIENTE
JOYCE LOPES DA SILVA
R LIGIA GOMES, N. 00030 - CASA C - OURO PRETO OLINDA PE 53370-
255
INSCRICAO: 096.405.300.3728.000 GRUPO: 11 DEB. AUTOMATICO: 108875890

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

ÁGUA:
LEIT ANI: 83 CONSUMO: 6
LEIT ATI: 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	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG.	PORT.	ANALISES
	MS 2.914/11	REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	132	132	128
COR APARENTE	132	132	125
CLORO RESIDUAL	132	132	123
COLIF. TOTAIS E. COLI	132	132	130

MEDIA: 11 Qualidade de Água: www.compresa.com.br
OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2)OS PARAMETROS COFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA ÁGUA
(3)OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRICAÇÃO 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
PIB COMPESA	44,08 44,08	1,65 7,60	0,73 3,35

VENCIMENTO: 20/10/2019 TOTAL A PAGAR: 44,96

NOTA FISCAL:
IDENTIFICAMOS A EXISTENCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO
TOTAL DE R\$ 235,24. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGA-
TIVACAO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.



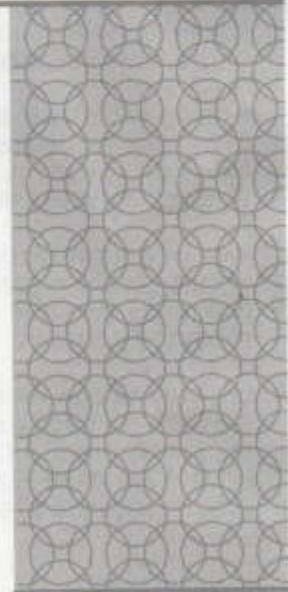
bbdbdbdbdbdbdbdbdbdbdbdbdbdbdbdbdb

CTC RECIFE PE PL2

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



7209036539628210000000642130180719



Ouvídora 0800 77 9933 - Se não houver satisfeita com a solução apresentada, conteste à Ouvídora, das 08h às 18h, de 2ª a 6ª-feira, exceto feriados.

Central de Atendimento Bradesco Consultores SAC 0800 721 1166 Delegacia Autônoma da Fazenda 0800 722 0099 Recolhimento de Contribuições e Informações Gerais. Atendimento 24 horas.⁷ dias por semana. Dívidas Locais Dívidas 0800 722 4436 Dívidas Locais Dívidas 0800 722 4436 Consultas, Informações e Serviços Transacionais Consultas, Informações e Serviços Transacionais De 08h às 20h, de segunda a sexta-feira, exceto feriados.

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

tos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (com deficiência auditiva)

IMPORTANTE:

Este Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

As informações sobre as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do sinistro de DPVAT, em tudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

COAF – Conselho de Administração dos Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas e punir, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

José Antônio Andrade de Souza inscrito (a) no CPF 075580264-13
Segurado (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria do Rosário José Ferreira inscrito (a) no CPF 111986664-20
do sinistro de DPVAT cobertura Maláchez da Vítima
Maria do Rosário José Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 111986664-20, conforme

informações constante no formulário Circular Susep 445/12:
Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

X

Declaro que sou maior de idade, que sou responsável pelas penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, declaro que sou proprietário do imóvel e que apresento o comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Av. Guararapes	Cidade	Número	Complemento
Jl. Atlântica	Olinda	624	Ap 201
brasilia_andrade21@hotmail.com	Telefone comercial(DDD)	Estado	CEP
	30123030	PE	5340060
	Telefone celular (DDD)		
	988271879		

Olinda 21 de Novembro 19
Local e Data

Assinatura do Declarante