



SECRETARIA DE SAÚDE

Rua Dr. Antonio Xavier, s/n.
CEP: 55.865-000 - Macaparana - PE
CNPJ: 11.361.888/0001-04
Fone: (81) 3639-1156
www.macaparana.com.br

RECEITUÁRIO

Pedro BARBOSA de SOUZA
vítima de Ato Delituoso por Morte
no dia 25/05/2018. tendo sofrido
FRATURA em ANTEBRAÇO D. com
FRATURA de RÁDIO e ULNA D.
(CID-S52.9) FEITO TRATAMENTO
CONSERVADOR e CIRURGIA para
REDUÇÃO da FRATURA com HASTE
e PLACAS. APÓS O TRAUMA, APRE-
SENTA DIMINUIÇÃO FUNCIONAL +
PERDA de FORÇA PARA O M.S.D.
deixando Sequelas Permanentes

Alva Médica

João V. Silva

01
08
19

ARUANA SEGURODORA
05 AGO 2018



SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: PEDRO BARBOSA DE SOUZA

Registro: 1060155

Enf: 08

Leito: 02

DATA DE ENTRADA: 25/05/2018

DATA DE SAÍDA: 15/06/18

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO

DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

PACIENTE RECEBE ALTA EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO E OSTEOSINTESE DE ANTEBRAÇO.

APRESENTOU RETENÇÃO URINÁRIA SENDO AVALIADO PELA UROLOGIA QUE ORIENTOU ALTA COM SVD E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL. RECEBE ALTA COM ORIENTAÇÃO DE RETORNO PARA O AMBULATÓRIO DE MÃO EM 21 DIAS

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: MÃO
PARA CONTROLE EM: 21 DIAS

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTENCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTENCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que a segurada PEDRO BARBOSA DE SOUZA portador da Carteira Profissional nº _____ Série _____ necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO

Recife, 15/06/18

Médico – CRM-PE

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

ARQUIVA SEGRADORA

05 AGO 2018

RECEITUÁRIO

Pedro Barbosa de Souza
vítima de Ataque Relâmpago por Morte
no dia 25/05/2018. tendo sofrido
FRATURAS EM ANTEBRAÇO D. COM
FRATURA DE RÁDIO E ULNA D.
(CID-S52.9). FEITO TRATAMENTO
CONSERVADOR E CIRÚRGICO PARA
REDUÇÃO DA FRATURA COM HASTE
E PLACAS. APÓS O TRAUMA, APRE-
SENTA DIMINUIÇÃO FUNCIONAL +
PERDA DE FORÇA PARA O M.S.D.
deixando sequelas permanentes.

Alva Médica

João V. Silva

01
/08
/19

ARUANA SEGRADORA
05 AGO 2013

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3820732 DATA DE EMISSÃO 08/03/1988

NOME PEDRO BARBOSA DE SOUZA

RELACÃO Domingos Barbosa de Souza e Maria Barbosa de Souza

NATURALIDADE Lagoa de Itaenga-PE. DATA DE NASCIMENTO 16/04/1946

END. ORDEM C: Casa, Nº: 80/Lv: B-01/Fls. 40V/ Exp/Cart. de Lagoa de Itaenga-PE.

ASSINATURA DO DETENTOR

16/04/1946

Hospital 51

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO TAVARES BURIL

149

ANALFABETO

CARTeira de IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO TAVARES BURIL

743378-94 91

NOME COMPLETO PEDRO BARBOSA DE SOUZA

16.04.46

SIGNATURA

CPF 743378.904-91

ARUANA SEGRADORA

05 AGO 2013

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

Nome
 MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

DOC IDENTIDADE / RG / EMISSÃO / UF
 4250484 689 PE

CPF
 919.419.384-34

DATA NASCIMENTO
 16/05/1971

Alcunha
 MARCOS COELHO DE
 ALMEIDA
 MARIA JOSE DE ALMEIDA

PERMISSÃO
 [] ACC [] CAT HAB []

Nº IDENTIFIC
 00495555760

VALIDADE
 19/10/2016

P. HABILITACAO
 25/01/1999

OBSERVAÇÕES
 sem observações

ASSINATURA DO TITULAR
 [Assinatura]

LOCAL
 CARPINA - PE

DATA EMISSÃO
 19/10/2016

Assinatura do Emissor
 [Assinatura]
 38943336844
 98075278847

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

**VERIFICA EM TODAS
 O DEPARTAMENTO NACIONAL
 1302534384**

**PRESENÇA PLASTIFICAR
 1302534384**

ARUANA SEGURODORA
 05 AC3 20.3

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0266040/19

Vítima: PEDRO BARBOSA DE SOUZA

CPF: 743.378.904-91

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 25/05/2018

Titular do CPF: PEDRO BARBOSA DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA : 919.419.384-34

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

PEDRO BARBOSA DE SOUZA : 743.378.904-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/08/2019
Nome: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
CPF: 919.419.384-34

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/08/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

Josyelli de Oliveira Cabral

de
TESTEMUNHA

CARTÃO DE IDENTIDADE

Tainan Moura de Almeida



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAINAN MOURA

EC-1



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.622.699 DATA DE EMISSÃO 17/12/2012

NOME << TAINAN MOURA DE ALMEIDA >>

FILIAÇÃO << MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA >>
<< ROSA MARIA DE MOURA ALMEIDA >>

NATURALIDADE PAUDALHO - PE DATA DE NASCIMENTO 23/01/1998

CCC ORDEM << CN.32294 L.113A F.114 CART. SEDE PAUDALHO PE 30.01.2002 >>

CPF 704.078.494-75

LEI Nº 7.116 DE 20/08/93 F-53 17.016 - 2021



ARUANA SEGURODORA
05 AGO 2013

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Tairam NOVA DE ALMEIDA

RG nº 9622 699, data de expedição 17/12/2012

Órgão SDS/RG, CPF nº 704.078.494-75

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>LO. BELEM</u>
Número	<u>49</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>DOIS Irmãos</u>
Cidade	<u>PAVÃOZHO</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>55825-000</u>
Tel. de contato	<u>81-98996-3311</u>
E-mail	<u>tairamnova@pavaozho.com</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data:

Pavãozho 30/07/2019

Tairam Nova de Almeida

Assinatura do Declarante

ARUANA SEGURODORA
05 AGO 2019

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.935.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



CELPE

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5999
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

JOSE GOMES DE MOURA
PX A SUBSTACAO DA CELPE
CPF: 196.733.024-72

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

LO BELEM 49

DOIS IRMAOS/PAUDALHO
55825-000 PAUDALHO PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

24/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

58,22

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

17/07/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

17/07/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

069867998

CONTA CONTRATO

000499925034

Nº DO CLIENTE

200022133

Nº DA INSTALAÇÃO

000226934

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

5A57.57A2.033B.2CAB.91C1.80B6.D643.AB11

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	66,90	0,73063995	51,52
Apresentação Bandeira AMARELA			0,59
Contrib. Ilum. Pública Municipal			6,25
ICMS Subvenção-CDE-NF 062285186-18/05/19			0,50
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			0,84
TOTAL DA FATURA			58,22

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
52,11	25,00	13,02	62,11	0,82	0,42	62,11	3,91	1,95

EM ATÉ 18 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Di Reser	Valor
24/07/19	17/07/19	58,56

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão de fornecimento penalizada por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,54833908

HISTÓRICO DO CONSUMO

			kWh
JUL 19			55
JUN 19			87
MAI 19			82
ABR 19			80
MAR 19			88
FEV 19			80
JAN 19			81
DEZ 18			73
NOV 18			80
OUT 18			87
SET 18			80
AGO 18			55
JUL 18			58

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	17,12	32,87
Transmissão	1,00	3,81
Distribuição (Celpe)	11,41	21,30
Energias Renováveis	2,08	5,16
Tributos	15,43	28,84
Perdas de Energia	1,30	4,28
TOTAL	52,11	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NUMERO DO MEDIDOR	Tipo da Função	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
097849	CAT	14/06/2019 40.812,00	17/07/2019 40.878,00	33	1,98000	6,80	66,90

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 18/08/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia	PAUDALHO	0,00	5,58	11,16	22,21
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,38	8,72	13,46
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	0,20	0,20	0,08
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EU60-Valor do Encargo de Uso					R\$ 19,80

Toda Consumidora pode solicitar a suspensão das interrupções DIC, FIC, DMIC e DICRI e qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: palácio das variedades n.º 41, rua senador pinheiro ramos 354 centro /
póllmark comunicação assessor: r. genuino silva 46 centro lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 38.489/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000499925034	07/2019	58,22	24/07/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838300000004 582200110000 499925034104 141679351039



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

ARUANA SEGURADORA

05 AGO 2019

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ROBERTA LIMA DE OLIVEIRARG nº 8827312, data de expedição 22/08/2009 Orgão SSS/RG

CPF nº 098.381.084-21, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>MAE DEODORO DA FONSECA</u>
Número	<u>573</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>LAGOALHO</u>
Estado	<u>PARANÁ</u>
CEP	<u>55825-000</u>
Telefone de Contato	<u>81-9253-2981</u>
E-mail	<u>marisfator22@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: LAGOALHO 09/05/2019

Assinatura do Declarante: Roberta Lima de Oliveira



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Zoa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.438.932/0001-06 | Insc. Est. 0056843-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MIRIAN DIAS DE BARROS

CPF 811 097 204-50
CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	EMISSÃO	VALIDADE
060184752	UNICA	15/04/2018
15/04/2018	2000242812	2287667

ENDEREGO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MAL. DEODORO DA FONSECA 573

CENTRO/PAIDALHO
PAIDALHO PE
55825-000

COPIES CONTAINED	ISSUANCE
0498048021	04/2019
23/04/2019	15/05/2019
	76.48

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	67,0000000	7,7398662	67,28
Contrib. Ilum. Pública Municipal			0,26
CMIS Subv. 80-CDE-UF 050813727-14/02/18			0,56
Multa por atraso-UF 050813727-14/02/18			1,38
Juros por atraso-UF 050813727-14/02/18			0,99
Atualização IPVA-UF 050813727-14/02/18			0,45

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
776396	CAT	16/03/2019	27.011,00	15/04/2019	27.080,00	31	1.00000		87,93

* 2011年10月1日起实施

2017年12月15日 星期五

Consumo de energia elétrica em 2015

País/Região	Consumo (kWh/hab/ano)
Brasil	1.20
Argentina	1.00
Chile	0.80
Colômbia	0.70
Costa Rica	0.60
Equador	0.50
El Salvador	0.40
Guatemala	0.30
Honduras	0.20
Paraguai	0.10
Peru	0.05
Uruguai	0.02
Venezuela	0.01

Composição do Consumo

Fonte de Energia	Porcentagem
Parque de Geração	20.0%
Transmissão	3.0%
Subestação (Cabo)	14.0%
Perdas de Energia	4.0%
Energia Solar	3.0%
Wind	31.0%
Total	65.0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES[illegible]

ATENÇÃO! A GELFE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

ISSN 0013-792X, DÉPT 26, EXPÉDIENTS CALGARY, C10T07E

Year	Days	Year	Days	Year	Days
2003	150	2004	150	2005	150

[illegible][illegible]

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
DSC	CONJUNTO	PALEALHO	VALOR	LIMITE	LIMITE	TENSÃO	NOMINAL (%)
			APROVADO	MINIMAL	MAXIMAL		
FIC			10,00	6,00	11,10	22,21	
IMP			6,00	3,30	6,72	15,46	
			3,00	3,00	0,63	0,00	

Linha BOP: +2,34 BOP - Valor no Equilíbrio da Conta de Comércio = R\$ 23,00

CONTA CONTRATADO	VALOR	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
------------------	-------	--------------------	---------------------

0499048021 04/2018 23/04/2019 78 48

83890000000-5 76480011000-6 49804802110-1 13845233703-1



ARUANA SEGURODORA

05 AUG 2013

ARUANA SEGURADORA
05 AGO 2014



CÓDIGO DE CONTROLE
BA9A.45B9.4E19.276A

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 16:34:36 do dia 05/06/2014 (hora e data de Brasília)
digito verificador: 00



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

INSCRIÇÃO
B.827.312

DATA DE EMISSÃO
22/08/2009

IDENTIFICADO
 << ROBERTA LIMA DE OLIVEIRA >>
 FILIAÇÃO
 << ROBERTO SANTOS DE OLIVEIRA >>
 << SILVANIA MARIA DA LIMA >>

NATURALIDADE
ITAPISSUMA - PE

DATA DE NASCIMENTO
22/10/1992

LOCAL DE NASCIMENTO
 << CN.9600 L.07 F.300 >> CAPT.
 ITAPISSUMA-PE 18/08.1993 >>

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 24/06/02



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
098.381.084-21

Nome
ROBERTA LIMA DE OLIVEIRA

Nascimento
22/10/1992

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 61 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Sheila Maria de Almeida
RG nº 9060 957, data de expedição 03/08/2010
Órgão SDS/PE, CPF nº 107.678.014-82,

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>20 Primavera</u>
Número	<u>5 Pr</u>
Apto/Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>primavera</u>
Cidade	<u>poço alto</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55.825-000</u>
Tel. de contato	<u>(81) 9-9534-7625</u>
E-mail	<u>Sheila.almeida.95@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data:

POÇO ALTO 30/07/2019

Sheila Maria de Almeida
Assinatura do Declarante

ARUANA SEGURADORA
05 AGO 2019

LC PRIMAVERA \$ -PR

PRIMAVERA PAUDALHO
PAUDALHO PE
55825-000

CLASSIFICAÇÃO

R. RESIDENCIA
BAIXA RENDA COM NIS

CONTACT COMPANY

PM10/CF-4-4C

Dr. R. A. MORALES, Director

1999

et al.

702622947

1042019

058599855

ÚNICA

2342913

2594121

17/05/2019

12/04/2016

20150243EE

E466343

NOTA FISCAL

57,27

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,14071666	5,71
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	6,32894739	23,86
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	35,00000000	0,49341432	17,16
Contrib. Tar. Pública Municipal			11,51

تعداد کل صفحات: ۱۵

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

57.27

Nº DO REGISTRO	TIPO DE PLANTAÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	COPESANTE	AJUSTE	COMPROVANTE
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
217284/2006	SAI	20/04/04	2 074,31	13/06/04	2 206,00	24	1,59330		135,00

Imprendo del consumo

THE CHAIRMAN OF THE BOARD

MES/ANO	DATA DE CANCELAMENTO	%	VALOR DO IMPÓSTO	COMPOSIÇÃO DO CANCELAMENTO
ABR/18	135			Gratificação de Energia
MAR/18	128			Descontos
FEV/18	108			Quota de Energia
NOV/17	108			Descontos
DEZ/17	106			Quota de Energia
NOV/17	112			Descontos
OUT/17	110			Quota de Energia
SEP/17	116			Descontos
AUG/17	116			Quota de Energia
JUL/17	116			Descontos
JUN/17	116			Quota de Energia
MAY/17	116			Descontos
ABR/17	116			Quota de Energia
MAR/17	116			Descontos
FEB/17	116			Quota de Energia
JAN/17	116			Descontos
DEZ/16	116			Quota de Energia
NOV/16	116			Descontos
OCT/16	116			Quota de Energia
SEP/16	116			Descontos
AUG/16	116			Quota de Energia
JUL/16	116			Descontos
JUN/16	116			Quota de Energia
MAY/16	116			Descontos
ABR/16	116			Quota de Energia
MAR/16	116			Descontos
FEB/16	116			Quota de Energia
JAN/16	116			Descontos
DEZ/15	116			Quota de Energia
NOV/15	116			Descontos
OCT/15	116			Quota de Energia
SEP/15	116			Descontos
AUG/15	116			Quota de Energia
JUL/15	116			Descontos
JUN/15	116			Quota de Energia
MAY/15	116			Descontos
ABR/15	116			Quota de Energia
MAR/15	116			Descontos
FEB/15	116			Quota de Energia
JAN/15	116			Descontos
DEZ/14	116			Quota de Energia
NOV/14	116			Descontos
OCT/14	116			Quota de Energia
SEP/14	116			Descontos
AUG/14	116			Quota de Energia
JUL/14	116			Descontos
JUN/14	116			Quota de Energia
MAY/14	116			Descontos
ABR/14	116			Quota de Energia
MAR/14	116			Descontos
FEB/14	116			Quota de Energia
JAN/14	116			Descontos
DEZ/13	116			Quota de Energia
NOV/13	116			Descontos
OCT/13	116			Quota de Energia
SEP/13	116			Descontos
AUG/13	116			Quota de Energia
JUL/13	116			Descontos
JUN/13	116			Quota de Energia
MAY/13	116			Descontos
ABR/13	116			Quota de Energia
MAR/13	116			Descontos
FEB/13	116			Quota de Energia
JAN/13	116			Descontos
DEZ/12	116			Quota de Energia
NOV/12	116			Descontos
OCT/12	116			Quota de Energia
SEP/12	116			Descontos
AUG/12	116			Quota de Energia
JUL/12	116			Descontos
JUN/12	116			Quota de Energia
MAY/12	116			Descontos
ABR/12	116			Quota de Energia
MAR/12	116			Descontos
FEB/12	116			Quota de Energia
JAN/12	116			Descontos
DEZ/11	116			Quota de Energia
NOV/11	116			Descontos
OCT/11	116			Quota de Energia
SEP/11	116			Descontos
AUG/11	116			Quota de Energia
JUL/11	116			Descontos
JUN/11	116			Quota de Energia
MAY/11	116			Descontos
ABR/11	116			Quota de Energia
MAR/11	116			Descontos
FEB/11	116			Quota de Energia
JAN/11	116			Descont

Consumo Alvo (litros/100km)
Consumo Alvo urbano (litros/100km)
Consumo Alvo urbano (litros/100km)

THESE RESULTS ARE PRELIMINARY

5174 F7 95 93F0 78D6 15E4 D08E CD7E CFC0

INFORMAL Q&A: INFOFACTS

Página 9 (por favor leer para ver vocalización correcta al hablar). En esta columna encontrará los nombres de las personas que se han comprometido a apoyar la campaña y el número de votos que cada uno de ellos ha prometido dar en su distrito electoral. El día del escrutinio podrá votar por cualquiera de los candidatos que usted desee. Si desea votar por alguno de los candidatos que aparecen en esta lista, debe ir a la mesa correspondiente al distrito en el que reside y votar en la casilla correspondiente al candidato que desea elegir.

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

ON THE 16TH DAY OF NOVEMBER 1955 CALLED A JURY OF THE COUNTY OF ...

Variable	Descriptive Statistics	Value	Variable	Descriptive Statistics	Value
Variable	Descriptive Statistics	Value	Variable	Descriptive Statistics	Value

Como contrapartida pelo aumento de preço da dívida em 1984, o Fisco não pode cobrar em 1985 uma alíquota adicional. Isso é uma consequência do fato de que o Fisco não pode cobrar mais do que o que foi acordado no momento da contratação da dívida, sob pena de violar o princípio da irrevogabilidade da dívida pública. Assim, o Fisco não pode cobrar mais do que o que foi acordado no momento da contratação da dívida pública.

Copyright © 2003 by John Wiley & Sons, Inc.

Atividade: 200 horas de
formação: Teófilo Azeiteiro
67423107, semel. prática
serviço prático e teórico de
estrutura e de apoio, para
serviço, em uma unidade de
atendimento à saúde
www.copa.com.br

CONTEÚTO					UNIDADE DE TEMPO		
ID	PALAVRA(S)	VALOR	LIMITE	LIMITE	TEMPO	LIMITE DE INSCRIÇÃO	
		13-02-19	MINUTAL	TRIMESTRAL		INICIAL	FINAL
000		0,00	10,00	21,74	43,49		
001		0,00	7,89	15,36	30,69		
002		0,00	5,88	0,00	0,00		

1998-1999 15.00

Elc(0) = Valor do Elc, logo da 1,42 de Simulação de Distribuição; $\hat{\sigma}_c = 95,27$; $\hat{\sigma}_c$

RECEIVED AT THE U.S. DEPARTMENT OF THE ARMY
WASHINGTON, D.C. 20315

ARUANA SEGURODORA

05 ACQ 20.3



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Numero de Inscrição

107.678.014-82

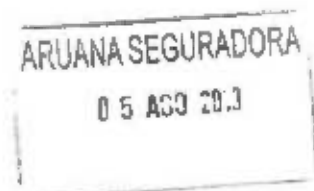
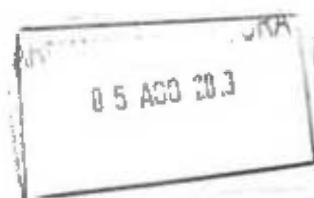
Nome

SHEILA MOURA DE ALMEIDA

Nascimento

24/02/1995

Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner

Assinatura do papeleiro		LEI Nº 7.116 DE 29/08/93	
PAUDALHO-PE 06.09.1995 >>		PAUDALHO-PE	
24/02/1995		DATA DE NASCIMENTO	
>> ROSA MOURA DE MOURA >>		NATURALIDADE	
>> RAIMONDOS ANTONIO DE ALMEIDA >>		PAUDALHO-PE	
>> SHEILA MOURA DE ALMEIDA >>		DATA DE NASCIMENTO	
9.060.957		PAUDALHO-PE	
03/08/2010		DATA DE NASCIMENTO	

ARUANA SEGURADORA

05 AGO 2013

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190463624 **Cidade:** Lagoa do Itaenga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO BARBOSA DE SOUZA **Data do acidente:** 25/05/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE RADIO E ULNA DIREITOS

Descrição do exame físico: VITIMA COM BLOQUEIO ARTICULAR EM ANTEBRAÇO DIREITO, COM LIMITAÇÃO NA PRONAÇÃO (60 GRAUS) E SUPINAÇÃO (65 GRAUS), DEFICIT DE FORÇA LEVE DO MEMBRO, COM PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, PLACAS E PARAFUSOS, FISIOTERAPIA
EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR
DATA DA ALTA : 01/08/2019

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL LEVE (25%) EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/08/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190463624 **Cidade:** Lagoa do Itaenga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO BARBOSA DE SOUZA **Data do acidente:** 25/05/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE RADIO E ULNA DIREITOS

Descrição do exame físico: VITIMA COM BLOQUEIO ARTICULAR EM ANTEBRAÇO DIREITO, COM LIMITAÇÃO NA PRONAÇÃO (60 GRAUS) E SUPINAÇÃO (65 GRAUS), DEFICIT DE FORÇA LEVE DO MEMBRO, COM PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, PLACAS E PARAFUSOS, FISIOTERAPIA
EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR
DATA DA ALTA : 01/08/2019

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL LEVE (25%) EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/08/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190463624 **Cidade:** Lagoa do Itaenga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO BARBOSA DE SOUZA **Data do acidente:** 25/05/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.3)
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @P.1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190463624 **Cidade:** Lagoa do Itaenga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO BARBOSA DE SOUZA **Data do acidente:** 25/05/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.3)
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @P.1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190463624
Nome do(a) Examinado(a): Pedro Barbosa de Souza
Endereço do(a) Examinado(a): Si Quatis 1, 743 Casa
Zona Rural Lagoa do Itaenga PE CEP: 55840-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 38209732
Data local do acidente: [25/05/2018]
Data local do exame: [27/08/2019] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DIAFISARIA DE RADIO E ULNA DIREITOS
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: PLACAS E PARAFUSOS, FISIOTERAPIA
Complicações: EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR
Data da Alta: 01/08/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VITIMA COM BLOQUEIO ARTICULAR EM ANTEBRAÇO DIREITO, COM LIMITAÇÃO NA PRONAÇÃO (60 GRAUS) E SUPINAÇÃO (65 GRAUS), DEFICIT DE FORÇA LEVE DO MEMBRO, COM PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO LEVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO, COM BLOQUEIO ARTICULAR
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Região Corporal (Sequela):
MEMBRO SUPERIOR - Lado Direito
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Leonardo de Faria Neves
CPF - 045.955.274-03
CRM/PE - 17742


LEONARDO FARIAS NEVES
Médico
CRM/PE 17742

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Pedro Gonçalves de Souza, Brasileiro(a),
portadora do RG nº 382 0732, /PE inscrito(a) no CPF sob
nº 743/378/904-91 Solteiro(a), Não Alfabetizado, Residente na
Rua: SI Quatis Nº 1, Bairro, Zona rural,
Lagoa de Itanga PE, Sendo o Outorgante a cima qualificado(a) Vítima de acidente
de Trânsito no dia: 25/05/2018

OUTORGADO: **MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA** Brasileiro(A), Portador do
RG:4250694, **Orgão Emissor:** SSP/PE, Inscrito no CPF sob o Nº 919.419.384-34, Residente na
Rua: Lo. primavera, nº5 primavera, Paudalho-PE

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Mandato o(a) OUTORGANTE acima
qualificado(a) nomeia e constitui seu Bastante procurador o OUTORGADO a cima qualificado,
na presença de duas Testemunhas qualificadas a baixo, para Representa-lo Perante as
SEGURADORAS que Constitui o CONSORCIO DO SEGURO DPVAT, na Cobertura
DAMS Podendo para este fins prestar declarações, apresentar documentos
Particulares, preencher e assinar Formulários constando dados Particulares do OUTORGANTE,
podendo Solicitar perícias médica, em fim tudo o mas necessário para o bom e fiel desempenho
do presente mandato.

1º TESTEMUNHA: TAINAN MOURA DE ALMEIDA, Brasileira portador do RG de
nº9622699, SDS/PE, inscrito no CPF de nº704.078.494-75, Residente na Rua Lo. Belém, Nº49
Dois Irmãos, Paudalho/PE

2º TESTEMUNHA: SHEILA MOURA DE ALMEIDA, Brasileira, solteira, portador do RG de
nº9.060.957, SDS/PE, inscrito no CPF de nº107.678.014-82, Rua Lo. Primavera nº5, Primavera,
Paudalho/PE

A RÔGO: ROBERTA LIMA DE OLIVEIRA, Brasileira, portadora do RG de nº8827312,
SDS/PE, inscrito no CPF de nº098.381.084-21, Residente na Rua Marechal Deodoro Nº573,
centro Paudalho/PE. Que assina a Rôgo da vítima OUTORGANTE, pelo motivo de não ser
alfabetizada.



Roberta Lima de Oliveira
OUTORGANTE

ARUANA SEGURADORA
05 ACO 2013

1º OFÍCIO - CARPINA

Tainan Moura de Almeida

1º TESTEMUNHA

2º OFÍCIO - CARPINA

Sheila Moura de Almeida

2º TESTEMUNHA

PAUDALHO, 31/07/2019

Serviço Notarial e Registral
Carpina - PE
JOSÉ MANOEL DA SILVA FILHO
Oficial

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CARPINA - TABELIONATO

Presidência dos Registros da Imobiliária, Hipotecária, Tutela e Documentos Particulares e Processos Judiciais
Av. Congresso Estadual Internacional, 126, Fone/Fax: (31) 3621-0410, Carpina - PE - cartorio@carpina24h.com.br

Reconheço, Por Autenticidade a firma: ROBERTA LIMA DE OLIVEIRA, lançada em minha presença dou fé.
CARPINA/PE 31/07/2019 10:21:05. Emol:3,51; TSNR: 0,80; FERC:0,40; Total: 4,91. Selo nº 0074807.NFJ07201902.01077. Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital.
Marcia Michele Galdino da Silva, Tabelião
Selo:0074807.NFJ07201902.01077



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CARPINA - TABELIONATO

Presidência dos Registros da Imobiliária, Hipotecária, Tutela e Documentos Particulares e Processos Judiciais
Av. Congresso Estadual Internacional, 126, Fone/Fax: (31) 3621-0410, Carpina - PE - cartorio@carpina24h.com.br

Reconheço, Por Autenticidade a firma: TAINAN MOURA DE ALMEIDA, lançada em minha presença dou fé.
CARPINA/PE 31/07/2019 10:21:05. Emol:3,51; TSNR: 0,80; FERC:0,40; Total: 4,91. Selo nº 0074807.QSE07201902.01078. Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital.
Marcia Michele Galdino da Silva, Tabelião
Selo:0074807.QSE07201902.01078



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CARPINA - TABELIONATO

Presidência dos Registros da Imobiliária, Hipotecária, Tutela e Documentos Particulares e Processos Judiciais
Av. Congresso Estadual Internacional, 126, Fone/Fax: (31) 3621-0410, Carpina - PE - cartorio@carpina24h.com.br

Reconheço, Por Autenticidade a firma: SHEILA MOURA DE ALMEIDA, lançada em minha presença dou fé.
CARPINA/PE 31/07/2019 10:33:36. Emol:3,51; TSNR: 0,80; FERC:0,40; Total: 4,91. Selo nº 0074807.XNT07201902.01084. Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital.
Marcia Michele Galdino da Silva, Tabelião
Selo:0074807.XNT07201902.01084



Serviço Notarial e Registral
Carpina - PE
JOSÉ MANOEL DA SILVA FILHO
Oficial

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0266040/19

Vítima: PEDRO BARBOSA DE SOUZA

CPF: 743.378.904-91

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 25/05/2018

Titular do CPF: PEDRO BARBOSA DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA : 919.419.384-34

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

PEDRO BARBOSA DE SOUZA : 743.378.904-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/08/2019
Nome: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
CPF: 919.419.384-34

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/08/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

Josyelli de Oliveira Cabral

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0266040/19

Número do Sinistro: 3190463624

Vítima: PEDRO BARBOSA DE SOUZA

CPF: 743.378.904-91

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 25/05/2018

Titular do CPF: PEDRO BARBOSA DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

PEDRO BARBOSA DE SOUZA : 743.378.904-91

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/08/2019
Nome: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
CPF: 919.419.384-34

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/08/2019
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA
CPF: 028.384.474-40

ABENILDA MARIA BARBOSA

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190463624

Vítima: PEDRO BARBOSA DE SOUZA

Data do Acidente: 25/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PEDRO BARBOSA DE SOUZA

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, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190463624 **Vítima: PEDRO BARBOSA DE SOUZA**

Data do Acidente: 25/05/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PEDRO BARBOSA DE SOUZA

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, 22 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190463624

Vítima: PEDRO BARBOSA DE SOUZA

Data do Acidente: 25/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), PEDRO BARBOSA DE SOUZA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 05 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190463624

Vítima: PEDRO BARBOSA DE SOUZA

Data do Acidente: 25/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PEDRO BARBOSA DE SOUZA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **PEDRO BARBOSA DE SOUZA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000001783-3**

Conta: **000000510976-0**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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:

443.378.904-91

4 - Nome completo da vítima:

Edoio Barbosa 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:

Edoio Barbosa de Souza

7 - Profissão:

Mãe Rossi

8 - Endereço:

St. Quatis

9 - Número:

443

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Fazenda Nova

12 - Cidade:

Lagoa de Itambá

13 - Estado:

MG

14 - CEP:

55240-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

81.99253-2981

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 (s)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

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.

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

098.381.084-26

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

Roberta Lima de Oliveira

37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: TAINARA MONA DE ALMEIDA

CPF: 704.078.494-75

Tainara Moná de Almeida

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: SHEILA MONA DE ALMEIDA

CPF: 107.678.014-82

Sheila Moná de Almeida

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Lagoa de Itambá 30/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) da cobertura: ☐ DAME (DESPEJAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

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

443.378.904-91

Adriano Barbosa 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):

Adriano Barbosa de Souza

443.378.904-91

MAO ROSSI

31 Quatis

743

CAIA

ZONA RURAL

Lagoa de Itanunga

SE

55840-000

81-99253-2981

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: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Nubank (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

1783

3

CONTA:

0510976

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 por invalidez permanente, uma vez que: (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIV) ☐ 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 netos/netas?

☐ 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.



35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

098.381.084-26

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

Roberta Lima de Oliveira

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

38 - 1º Nome: TAINARA MOURA DE ALMEIDA

CPF: 704.078.494-75

Tainara Moura de Almeida

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: SHEILA MOURA DE ALMEIDA

CPF: 101.678.014-92

Sheila Moura de Almeida

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paudalho 30/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

ARUANA SEGURADORA

16 AGO 2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 054ª CIRCUNSCRIÇÃO
ITAENGA - DP54ªCIRC DINTER1/11ªDE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E014400049

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/06/2018 às
11:40



ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
aconteceu no dia 25/6/2018 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE LAGOA DO ITAENGA, 1, SÍTIO QUATIS, PRÓXIMO AO BAR DE JOSIAS - Bairro: ZONA RURAL - LAGOA DE ITAENGA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MOTOCICLISTA NÃO IDENTIFICADO (AUTOR AGENTE)
PEDRO BARBOSA DE SOUZA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a), MOTOCICLISTA NÃO IDENTIFICADO

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

PEDRO BARBOSA DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA BARBOSA DE SOUZA Pai: DOMINGOS BARBOSA DE SOUZA Data de Nascimento: 14/2/1948 Naturalidade: LAGOA DE ITAENGA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3329732/SDS/PE (RG), 74387899481 (CPF) Estado Civil: VIÚVO(A) Escolaridade: ANALFABETO Profissão: APOSENTADO
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE LAGOA DO ITAENGA, 1, SÍTIO QUATIS, PRÓXIMO A ASSEMBLEIA, ZONA RURAL, LAGOA DE ITAENGA - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - LAGOA DE ITAENGA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): MOTOCICLISTA NÃO IDENTIFICADO, que estava em posse do(a) Sr(a):

MOTOCICLISTA NÃO IDENTIFICADOCategoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objetoapreendido: **Não**Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)****Complemento / Observação**

COMPARECEU NESTA DELEGACIA O SR PEDRO BARBOSA DE SOUZA PARA INFORMAR QUE FOI VITIMA DE UM ATROPELAMENTO. DIZ QUE NO DIA 26/06/2019 ESTAVA NAS PROXIMIDADES DO BAR DE JOSIAS, SÍTIO QUATIS, ZONA RURAL DE LAGOA DE ITAENGA, PE, QUANDO FOI ATRAVESSAR A VIA FOI SURPREENDIDO POR UM MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA QUE O ATINGIU LEVANDO-O AO SOLO. DIZ QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE LAGOA DE ITAENGA ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS. POR FIM, O CONDUTOR DA MOTO DESCONHECIDA SE EVADIU DO LOCAL NÃO SENDO IDENTIFICADO.

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

PEDRO BARBOSA DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: ROMERO BALTAR GUNHA - Matrícula: 27578EPC

64ª Circunscrição

ARUANA SEGURADORA
05 ACO 20.1

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:

443.378.904-91

4 - Nome completo da vítima:

Edoio Barbosa 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:

Edoio Barbosa de Souza

7 - Profissão:

Mãe Rossi

8 - Endereço:

St. Quatis

11 - Bairro:

Fazenda Nova

12 - Cidade:

Lagoa de Itanema

15 - E-mail:

13 - Estado:

SE

14 - CEP:

55240-000

16 - Tel. (DDD):

81-99253-2981

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

1783

3

CONTA:

0510976

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 (se nascer)?

☐ 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 a vítima, 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.

Roberta Lima de Oliveira

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

098.381.084-26

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

Roberta Lima de Oliveira

37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: TAINARA MONA DE ALMEIDA

CPF: 704.078.494-75

Tainara Moná de Almeida

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: SHEILA MONA DE ALMEIDA

CPF: 107.678.014-82

Sheila Moná de Almeida

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Salvador 30/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PEDRO BARBOSA DE SOUZA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01783-3

CONTA: 000000510976-0

Nr. Autenticação

BRDESCO0209201905000000000023701783000000510976236250 PAGO

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

LO PRIMAVERA S - PR -

CPF 918 419 384-34 NIS 12523181675

PRIMAVERA/PALCAIHO

CLASSIFICAÇÃO

PALCAIHO PE

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

CONTA CONTRATADA

MIGRADO

Nº DO CONTRATO

7026223177

04/2019

DATA DE EMISSÃO

25/04/2019

17/05/2019

17/04/2019

2015524568

6489346

57,27

DEMONSTRATIVO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,19071666	5,72
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,32664289	22,88
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	95,3300000	0,48041432	17,18
Contrib. Ilum. Pública Municipal			11,51

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

57,27

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LETURA	DATA	ATUAL	LETURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
317064725	CA7	20030919	2078,05	17040719	20040301	2008,30	2008,30	26	1,0000		135,25

HISTÓRICO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES DE TENDÊNCIAS

Período (dia)	Consumo (kWh)	Base de Cálculo	%	Valor do Consumo	Composição do Consumo
ABR19 136	136	30	21,32	5,72	Geração de Energia R\$ 19,07 12,67%
MAR19 126	126	30	21,32	5,72	Transmissão R\$ 2,80 1,74%
FEV19 108	108	30	21,32	5,72	Distribuição (Cabo) R\$ 13,25 20,01%
JAN19 108	108	30	21,32	5,72	Potência de Energia R\$ 4,78 7,64%
DEZ19 108	108	30	21,32	5,72	Perdas de Energia R\$ 1,27 2,01%
NOV19 112	112	30	21,32	5,72	Tratamento R\$ 0,43 0,69%
OCT19 108	108	30	21,32	5,72	
SET19 113	113	30	21,32	5,72	
AGO19 120	120	30	21,32	5,72	
JUL19 124	124	30	21,32	5,72	
JUN19 114	114	30	21,32	5,72	
MAY19 110	110	30	21,32	5,72	
ABR19 100	100	30	21,32	5,72	

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh0,19071666
0,32664289
0,48041432

RESERVAÇÃO FISCAL

617A-FR-85-86F3 7800 1354 0088 0078 CFFC

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Página 16 desta conta pode ser visualizada através do site da concessionária de energia elétrica (www.energia.pr.gov.br) ou através do aplicativo "Meu Consumo" disponível para download no Google Play e na App Store. Para acessar o aplicativo, basta baixar o aplicativo e seguir as instruções de instalação. O aplicativo permite visualizar o consumo em tempo real, bem como o histórico de consumo e o valor da fatura. Para mais informações, consulte o site da concessionária de energia elétrica.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

EM ABERTO 15 DIAS, DIANTE DO EXISTENTE 3 CANCELAMENTO (CONTAS)

Vencido	Debitado	Valor	Vencido	Debitado	Valor
27/03/19	17/04/19	64,37			

Seu consumo não está dentro do limite estabelecido e há o consumo de energia em excesso. Caso o consumo de energia não esteja dentro do limite estabelecido, a concessionária de energia elétrica poderá cancelar a conta de energia elétrica. Para mais informações, consulte o site da concessionária de energia elétrica.

DEMONSTRATIVO DA PRECATORIA DAS INTERFERÊNCIAS

CONSUMO	PERÍODO	VALOR	VALOR	VALOR
PRE	PRE	0,05	10,87	21,74
PRE	PRE	0,05	7,87	15,74
PRE	PRE	0,05	5,88	11,74

Limite Diário: 10,80 6,00 - valor de limite por dia do Sistema de Distribuição e R\$ 21,74

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE TENSÃO (V)	VALOR
220	201	231

ARUANA SEGURODORA
05 ACO 2019

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 919.419.384 / 134, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

RODRIGO BARBOSA DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 743.378.904 / 91

do sinistro de DPVAT cobertura ILVÁLIDGZ da Vítima RODRIGO BARBOSA DE SOUZA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 743.378.904 / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>CO. PARRAMA UBERLÂNDIA</u>	Número: <u>5</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>PARRAMA UBERLÂNDIA</u>	Cidade: <u>UBERLÂNDIA</u>	Estado: <u>MG</u>
E-mail: <u>marcelo.fatores55@hotmail.com</u>	CEP: <u>55825-000</u>	Tel.(DDD): <u>81-99534-7625</u>

Local e Data:

UBERLÂNDIA 30/07/2019

Assinatura do Declarante

ARUANA SEGURADORA
05 ACO 2013