

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: 1589645

Nome: Eduardo Gomes

Foi atendido às 01:26 h do dia 19 / 05 / 12

Diagnóstico Provável TCE (Contusão Crânio)

data da alta 24 / 05 / 12

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de :
CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia)
VÔMITOS
PARALISIAS (que aparecem após a alta)
ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)
CONVULSÃO
OBS : Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja
Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL) 60L

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação: Do Amb de Neurol em 15 dias

Reparo 30 dias

ATENÇÃO : Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação, Nº 04 / 2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cod. 0163

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO

Paciente: <u>Eva de Lima</u>	Registro:
Clínica: <u>COMA</u>	Box/Leito/Enfermaria:

Laudo médico

A paciente foi vítima
de acidente de moto
em maio 2017.

Foi diagnosticado
TCE e fratura da clavícula
direita, que foi tratada
de forma conservadora.

Receber Alta
em 12/0

Data: 30/11/18

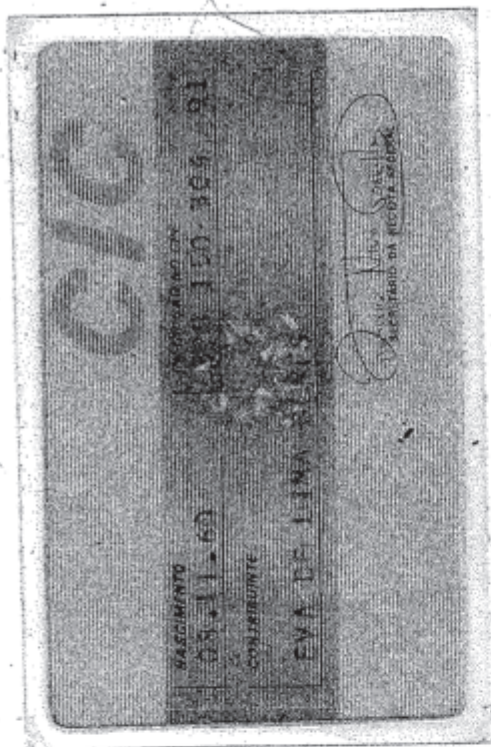
Dr. Tiago Justo
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 10500
Médico/CREMEPE

COD. 0340

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

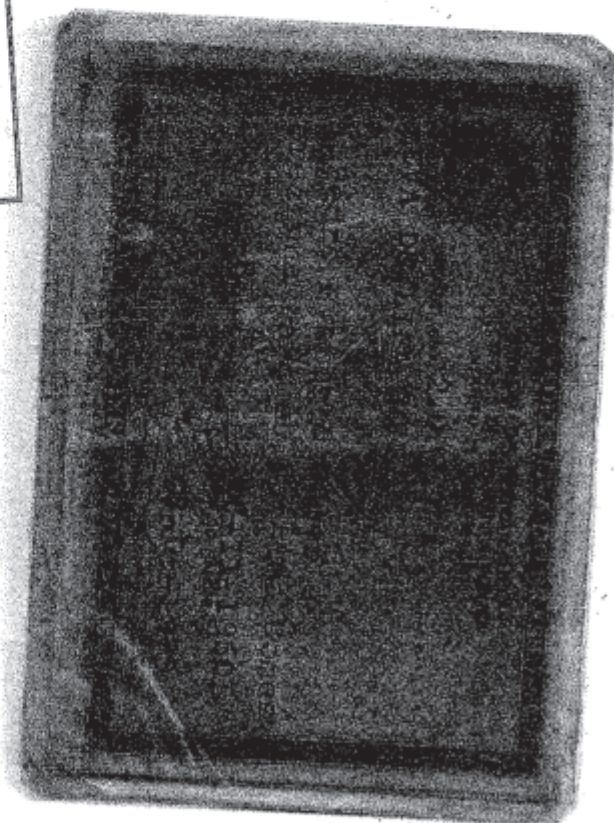
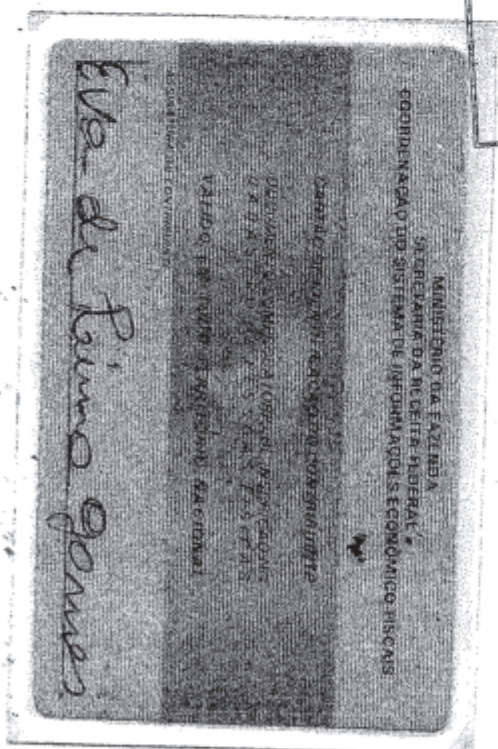
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Eva de Lema Gomes
 Loc. Nasc. De Catende Est. PE Data 08.11.1960
 Educação Trabalho e Ensino
 Instrução Elementar Maturidade de Lema Gomes
 Doc. N.º REG. 2.003.774 SSP/PE

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
 Exp. em / / Estado
 Obs.

Data Fimissão 30.03.2011 SRE Josefa Eliane Carvalho
Assessora do Registrante

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação a nome, est. civil e data nasc.)

Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Nascimento
 Doc.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO CARTILHA DE TRABALHO E DE PROTEÇÃO SOCIAL

Quando o trabalhador tiver que comparecer ao trabalho, deverá apresentar a seguinte documentação:

1. Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) - emitida pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

2. Cartão de Registro Profissional (CRP) - emitido pelo Conselho Profissional.

3. Cartão de Registro de Imóveis (CRI) - emitido pelo Registro de Imóveis.

4. Cartão de Registro de Veículos (CRV) - emitido pelo Registro de Veículos.

5. Cartão de Registro de Empresas (CRE) - emitido pelo Registro de Empresas.

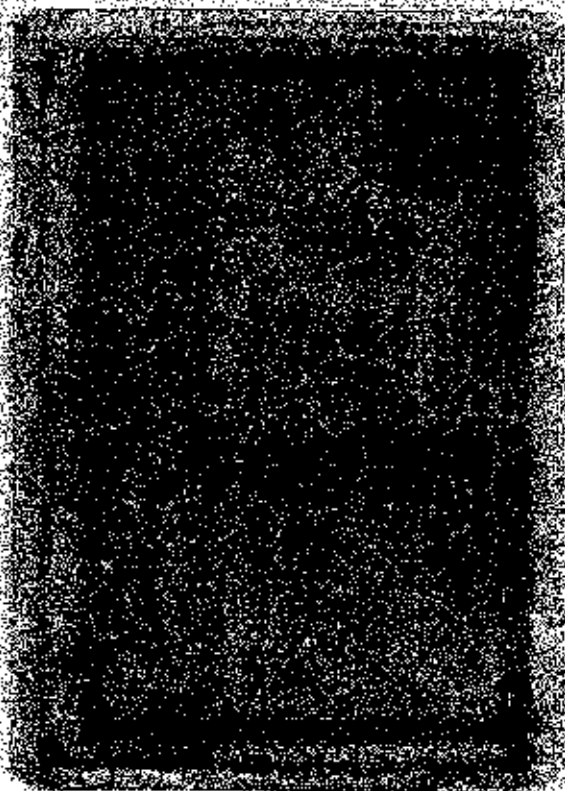
6. Cartão de Registro de Profissionais (CRP) - emitido pelo Conselho Profissional.

7. Cartão de Registro de Imóveis (CRI) - emitido pelo Registro de Imóveis.

8. Cartão de Registro de Veículos (CRV) - emitido pelo Registro de Veículos.

9. Cartão de Registro de Empresas (CRE) - emitido pelo Registro de Empresas.

10. Cartão de Registro de Profissionais (CRP) - emitido pelo Conselho Profissional.



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CON REGISTRO VERIFICADO
04 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 716 Loja 5
Gracas - Recife/PE CEP: 52011-040

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETTRAN-PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 1015398232 ***** 2017

LEONARDE GOMES ALVES DA SILVA

CARUARU-PE

068.933.004-57

OYN6739

9C2KCI680ER5556888

PAS MOTOCICLETA

ALCO/GASOL

HONDA/CG150 FAN ESDI

2014 2014

2P/149CL

VERMELHA

1 IPVA 2017 QUITADO

7 *****

1 1

2 *****

3 *****

4 *****

5 *****

6 *****

7 *****

8 *****

9 *****

0 *****

1 *****

2 *****

3 *****

4 *****

5 *****

6 *****

7 *****

8 *****

9 *****

0 *****

1 *****

2 *****

3 *****

4 *****

5 *****

6 *****

7 *****

8 *****

9 *****

0 *****

1 *****

2 *****

3 *****

4 *****

5 *****

6 *****

7 *****

8 *****

9 *****

0 *****

CONTRAN

CONTRAN

PE Nº 013176876814 BILHETE DE SEGURO DPVAT
LEONARDE GOMES ALVES DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DE SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACÖES LIGAR NO VERSO
OU CONHECER OS TERMOS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORA.LIDER-PE.COM.BR
SAC DPVAT 800 022 1304

CARUARU-PE 2017 28/04/17

1 068.933.004-57 OYN6739

1015398232 HONDA/CG150 FAN ESDI

2014 09 9C2KCI680ER5556885

PRÊMIO TANTUMÁRIO

PRÊMIO TANTUMÁRIO

PRÊMIO TANTUMÁRIO

PRÊMIO TANTUMÁRIO

PRÊMIO TANTUMÁRIO

PRÊMIO TANTUMÁRIO

PRÊMIO TANTUMÁRIO

PRÊMIO TANTUMÁRIO

PRÊMIO TANTUMÁRIO

PRÊMIO TANTUMÁRIO

PRÊMIO TANTUMÁRIO

PRÊMIO TANTUMÁRIO

PRÊMIO TANTUMÁRIO

PRÊMIO TANTUMÁRIO

PRÊMIO TANTUMÁRIO

PRÊMIO TANTUMÁRIO

PRÊMIO TANTUMÁRIO

PRÊMIO TANTUMÁRIO

PRÊMIO TANTUMÁRIO

PRÊMIO TANTUMÁRIO

PRÊMIO TANTUMÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Charles Andrews Sousa
Diretor Presidente

[Assinatura]

CARUARU-PE 28/04/17

9102-230

7137338
LEONARDE GOMES ALVES DA SILVA
 Luiz Alves da Silva
 Eva de Lima Gomes
 Marcelo-Al.
 CN. 12.753.11-20 - T. VI4.
 Cart 19 de Catende-PE.
 DATA DE NASCIMENTO: 23.04.1984
 DATA DE EMISSÃO: 13.08.2002
 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 REGISTRO GERAL
 LEONARDE GOMES ALVES DA SILVA
 ASSINATURA DO TITULAR
 LEI Nº 7.115 DE 2006/83

07.R.20
 ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO
 POLEGAR DIREITO
 ASSINATURA DO TITULAR
 CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 17 OUT 2018
 Genta Seguradora S/A.
 Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
 Recife - PE

CÓDIGO DE CONTROLE
 1370.4B87.E53FEDFA



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 08:54:39 do dia 03/07/2018 (hora e data de Brasília)
 dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Ministério da Fazenda
 Receita Federal
 COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
068.833.004-57

Nome
LEONARDE GOMES ALVES DA SILVA

Nascimento
23/04/1984

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180488714

Cidade: Catende

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EVA DE LIMA GOMES

Data do acidente: 18/05/2017

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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: 3180488714 **Cidade:** Catende **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVA DE LIMA GOMES **Data do acidente:** 18/05/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO OCORRIDO EM 18/05/2017.
EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: EVA DE LIMA GOMES

Nacionalidade: BRASILEIRA

Est. Civil: SOLTEIRA

Profissão: DO LAR

Identidade: 2.003.774 SSP-PE CPF: 325.150.304-91

Endereço: RUA FRANCISCO FERREIRA, 21-A, PAVÃO, CATENDE-PE

PROCURADOR:

Nome: ERICK MOURA DOS SANTOS

Nacionalidade: BRASILEIRO

Est. Civil: DIVORCIADO

Profissão: PROFESSOR

Identidade: 3.748.956 CPF: 019.739.214-80

Endereço: AV. CEL. AUSTRICLINIO, N° 797, CENTRO, PALMARES - PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Lider dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincors e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações.

Catende 4/07/2018

Local e data

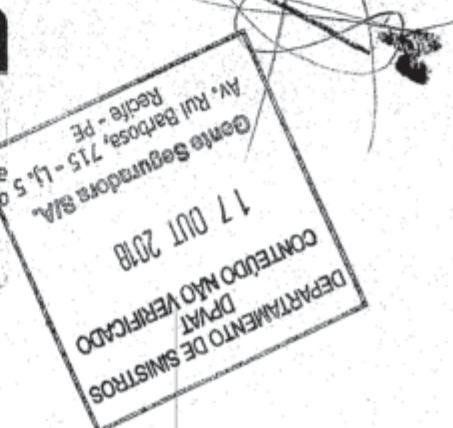
Eva de Lima Gomes

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO ÚNICO BACALHAO NETO CNPJ: 00.569.529/0001-20
Praça Com Odorico Lobo Freire, n° 31 - Centro - Catende/PE - CEP: 55400-000 Fones: (81) 9673-1546 / 3673-1080

Reconheço a firma indicada de EVA DE LIMA GOMES
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
Catende, 4 de julho de 2018.

Em testemunho da verdade
José Marcelus Alexandre Cavalcanti Adir (tabelião Substituto)
Inol.: R\$ 3,59 Taxa: R\$ 1,20 Total: R\$ 4,79
Válido somente com o selo 0130450.HWR05201801.01809



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0378601/18

Vítima: EVA DE LIMA GOMES

CPF: 325.150.304-91

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/05/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EVA DE LIMA GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ERICK MOURA DOS SANTOS : 019.739.214-80

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

EVA DE LIMA GOMES : 325.150.304-91

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: 17/10/2018
Nome: ERICK MOURA DOS SANTOS
CPF: 019.739.214-80

ERICK MOURA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2018
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0378601/18

Número do Sinistro: 3180488714

Vítima: EVA DE LIMA GOMES

Data do acidente: 18/05/2017

CPF: 325.150.304-91

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EVA DE LIMA GOMES

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Documentos de identificação

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: 04/01/2019
Nome: ERICK MOURA DOS SANTOS
CPF: 019.739.214-80

ERICK MOURA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/01/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: EVA DE LIMA GOMES

Nº Sinistro: 3180488714

Vitima: EVA DE LIMA GOMES

Data do Acidente: 18/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERICK MOURA DOS SANTOS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180488714**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13488466



Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: EVA DE LIMA GOMES
Nº Sinistro: 3180488714
Vitima: EVA DE LIMA GOMES
Data do Acidente: 18/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ERICK MOURA DOS SANTOS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180488714**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Documentos de identificação ilegível

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13489883





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, 08 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180488714 Vítima: EVA DE LIMA GOMES

Data do Acidente: 18/05/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERICK MOURA DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00055/00056 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13790481

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180488714 Vítima: EVA DE LIMA GOMES

Data do Acidente: 18/05/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERICK MOURA DOS SANTOS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), EVA DE LIMA GOMES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o pagamento de crédito.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa e desbloqueada para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Centro Seguradora S/A
17 OUT 2018
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

325.150.304-91

Nome completo da vítima

EVA DE LIMA GOMES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo EVA DE LIMA GOMES		CPF titular da conta 325.150.304-91	Profissão DO LAR
Endereço RUA FRANCISCO FERREIRA		Número 21	Complemento A
Bairro PAVÃO	Cidade CATENDE	Estado PERNAMBUCO	CEP 55400-000
Email GIVALDOBOMBEIRO@YAHOO.COM.BR			Telefone (DDD) (81) 99272-9353

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA NRO. **4754** D/V ☐ CONTA NRO. **1111** D/V **0**
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome _____ NRO _____
AGÊNCIA NRO. _____ D/V ☐ CONTA NRO. _____ D/V ☐
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

PALMARES-PE, 27 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

Eva de Lima Gomes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



034860118

3180488414

460382

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 074ª CIRCUNSCRIÇÃO - CATENDE - DP74ªCIRC
DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0164000577**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/06/2018** às **10:44**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 18/5/2017 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CATENDE, 1, PRÓXIMO A POLICLÍNICA - Bairro: CENTRO - CATENDE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
LEONARDE GOMES ALVES DA SILVA (VITIMA)
EVA DE LIMA GOMES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
LEONARDE GOMES ALVES DA SILVA

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

LEONARDE GOMES ALVES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: EVA DE LIMA GOMES
Data de Nascimento: **23/4/1984** Naturalidade: **MACEIO / ALAGOAS / BRASIL** Documentos: **06883300467 (CPF)** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CATENDE, 21, RUA FRANCISCO FERREIRA, 21 A - CEP: 0 - Bairro: PAVAO - CATENDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

EVA DE LIMA GOMES (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: TERZINHA MARQUES DE LIMA GOMES Pai: PEDRO EVARISTO GOMES Data de Nascimento: **8/11/1960** Naturalidade: **CATENDE / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 999665015**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CATENDE, 21, RUA FRANCISCO FERREIRA, 21 A - CEP: 0 - Bairro: PAVAO - CATENDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): LEONARDE GOMES ALVES DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): LEONARDE GOMES ALVES DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160** Objeto apreendido: **Não**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia civil/infopol/xml/BOEPreview.html

Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: OYN6739 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 101639823 Chassi: 9C2KC1680ER566885
Ano Fabricação/Modelo: 2014/2014 Combustível: ALCO/GASOL

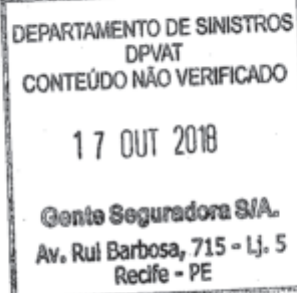
Complemento / Observação

SENHORA EVA DE LIMA RELATA QUE ESTAVA NA GARUPA DA MOTO DO FILHO - LEONARDE GOMES DA SILVA - NA NOITE DE 18 DO MÊS DE MAIO DO ANO DE 2017, QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU NA FRENTE DA MOTO, ASSUSTANDO O CONDUTOR QUE, CONSEQUENTEMENTE, DERRUBOU A MOTO. DECORRENTE DESSA QUEDA, A SENHORA EVA DE LIMA SOFREU UMA FRATURA DE CLAVICULA E UM TRAUMATISMO, COMO ATESTA O LAUDO AQUI ANEXADO. CUMPRE-NOS INFORMAR QUE ESSE BOLETIM FOI PRODUZIDO UNICAMENTE COM BASE NO RELATO DA VÍTIMA.

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

*XEva de Lima gomes*EVA DE LIMA GOMES
(VITIMA)

B.O. registrado por: HANNA LIMA DA COSTA FERRIRA DE MELO - Matrícula: 3875474

Hanna Lima da C.F. de Melo
Agente de Polícia
Mat. 387.547-4

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

EVA DE LIMA GOMES

CPF da Vítima

325.150.304-91

Data do Acidente

18/05/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

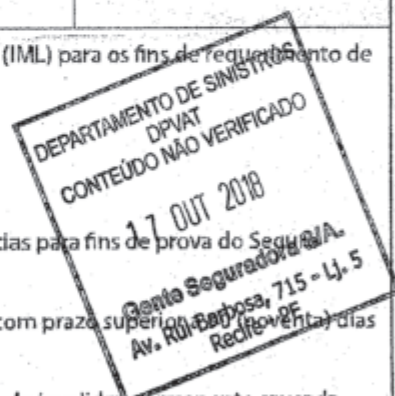
☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



PALMARES-PE, 26 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

Eva de Lima Gomes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

1. **NAME** _____
 2. **ADDRESS** _____
 3. **CITY** _____
 4. **STATE** _____
 5. **ZIP** _____
 6. **PHONE** _____
 7. **DATE** _____
 8. **SIGNATURE** _____
 9. **PRINT NAME** _____
 10. **PRINT ADDRESS** _____
 11. **PRINT CITY** _____
 12. **PRINT STATE** _____
 13. **PRINT ZIP** _____
 14. **PRINT PHONE** _____
 15. **PRINT DATE** _____
 16. **PRINT SIGNATURE** _____
 17. **PRINT NAME** _____
 18. **PRINT ADDRESS** _____
 19. **PRINT CITY** _____
 20. **PRINT STATE** _____
 21. **PRINT ZIP** _____
 22. **PRINT PHONE** _____
 23. **PRINT DATE** _____
 24. **PRINT SIGNATURE** _____
 25. **PRINT NAME** _____
 26. **PRINT ADDRESS** _____
 27. **PRINT CITY** _____
 28. **PRINT STATE** _____
 29. **PRINT ZIP** _____
 30. **PRINT PHONE** _____
 31. **PRINT DATE** _____
 32. **PRINT SIGNATURE** _____
 33. **PRINT NAME** _____
 34. **PRINT ADDRESS** _____
 35. **PRINT CITY** _____
 36. **PRINT STATE** _____
 37. **PRINT ZIP** _____
 38. **PRINT PHONE** _____
 39. **PRINT DATE** _____
 40. **PRINT SIGNATURE** _____
 41. **PRINT NAME** _____
 42. **PRINT ADDRESS** _____
 43. **PRINT CITY** _____
 44. **PRINT STATE** _____
 45. **PRINT ZIP** _____
 46. **PRINT PHONE** _____
 47. **PRINT DATE** _____
 48. **PRINT SIGNATURE** _____
 49. **PRINT NAME** _____
 50. **PRINT ADDRESS** _____
 51. **PRINT CITY** _____
 52. **PRINT STATE** _____
 53. **PRINT ZIP** _____
 54. **PRINT PHONE** _____
 55. **PRINT DATE** _____
 56. **PRINT SIGNATURE** _____
 57. **PRINT NAME** _____
 58. **PRINT ADDRESS** _____
 59. **PRINT CITY** _____
 60. **PRINT STATE** _____
 61. **PRINT ZIP** _____
 62. **PRINT PHONE** _____
 63. **PRINT DATE** _____
 64. **PRINT SIGNATURE** _____
 65. **PRINT NAME** _____
 66. **PRINT ADDRESS** _____
 67. **PRINT CITY** _____
 68. **PRINT STATE** _____
 69. **PRINT ZIP** _____
 70. **PRINT PHONE** _____
 71. **PRINT DATE** _____
 72. **PRINT SIGNATURE** _____
 73. **PRINT NAME** _____
 74. **PRINT ADDRESS** _____
 75. **PRINT CITY** _____
 76. **PRINT STATE** _____
 77. **PRINT ZIP** _____
 78. **PRINT PHONE** _____
 79. **PRINT DATE** _____
 80. **PRINT SIGNATURE** _____
 81. **PRINT NAME** _____
 82. **PRINT ADDRESS** _____
 83. **PRINT CITY** _____
 84. **PRINT STATE** _____
 85. **PRINT ZIP** _____
 86. **PRINT PHONE** _____
 87. **PRINT DATE** _____
 88. **PRINT SIGNATURE** _____
 89. **PRINT NAME** _____
 90. **PRINT ADDRESS** _____
 91. **PRINT CITY** _____
 92. **PRINT STATE** _____
 93. **PRINT ZIP** _____
 94. **PRINT PHONE** _____
 95. **PRINT DATE** _____
 96. **PRINT SIGNATURE** _____
 97. **PRINT NAME** _____
 98. **PRINT ADDRESS** _____
 99. **PRINT CITY** _____
 100. **PRINT STATE** _____
 101. **PRINT ZIP** _____
 102. **PRINT PHONE** _____
 103. **PRINT DATE** _____
 104. **PRINT SIGNATURE** _____
 105. **PRINT NAME** _____
 106. **PRINT ADDRESS** _____
 107. **PRINT CITY** _____
 108. **PRINT STATE** _____
 109. **PRINT ZIP** _____
 110. **PRINT PHONE** _____
 111. **PRINT DATE** _____
 112. **PRINT SIGNATURE** _____
 113. **PRINT NAME** _____
 114. **PRINT ADDRESS** _____
 115. **PRINT CITY** _____
 116. **PRINT STATE** _____
 117. **PRINT ZIP** _____
 118. **PRINT PHONE** _____
 119. **PRINT DATE** _____
 120. **PRINT SIGNATURE** _____
 121. **PRINT NAME** _____
 122. **PRINT ADDRESS** _____
 123. **PRINT CITY** _____
 124. **PRINT STATE** _____
 125. **PRINT ZIP** _____
 126. **PRINT PHONE** _____
 127. **PRINT DATE** _____
 128. **PRINT SIGNATURE** _____
 129. **PRINT NAME** _____
 130. **PRINT ADDRESS** _____
 131. **PRINT CITY** _____
 132. **PRINT STATE** _____
 133. **PRINT ZIP** _____
 134. **PRINT PHONE** _____
 135. **PRINT DATE** _____
 136. **PRINT SIGNATURE** _____
 137. **PRINT NAME** _____
 138. **PRINT ADDRESS** _____
 139. **PRINT CITY** _____
 140. **PRINT STATE** _____
 141. **PRINT ZIP** _____
 142. **PRINT PHONE** _____
 143. **PRINT DATE** _____
 144. **PRINT SIGNATURE** _____
 145. **PRINT NAME** _____
 146. **PRINT ADDRESS** _____
 147. **PRINT CITY** _____
 148. **PRINT STATE** _____
 149. **PRINT ZIP** _____
 150. **PRINT PHONE** _____
 151. **PRINT DATE** _____
 152. **PRINT SIGNATURE** _____
 153. **PRINT NAME** _____
 154. **PRINT ADDRESS** _____
 155. **PRINT CITY** _____
 156. **PRINT STATE** _____
 157. **PRINT ZIP** _____
 158. **PRINT PHONE** _____
 159. **PRINT DATE** _____
 160. **PRINT SIGNATURE** _____
 161. **PRINT NAME** _____
 162. **PRINT ADDRESS** _____
 163. **PRINT CITY** _____
 164. **PRINT STATE** _____
 165. **PRINT ZIP** _____
 166. **PRINT PHONE** _____
 167. **PRINT DATE** _____
 168. **PRINT SIGNATURE** _____
 169. **PRINT NAME** _____
 170. **PRINT ADDRESS** _____
 171. **PRINT CITY** _____
 172. **PRINT STATE** _____
 173. **PRINT ZIP** _____
 174. **PRINT PHONE** _____
 175. **PRINT DATE** _____
 176. **PRINT SIGNATURE** _____
 177. **PRINT NAME** _____
 178. **PRINT ADDRESS** _____
 179. **PRINT CITY** _____
 180. **PRINT STATE** _____
 181. **PRINT ZIP** _____
 182. **PRINT PHONE** _____
 183. **PRINT DATE** _____
 184. **PRINT SIGNATURE** _____
 185. **PRINT NAME** _____
 186. **PRINT ADDRESS** _____
 187. **PRINT CITY** _____
 188. **PRINT STATE** _____
 189. **PRINT ZIP** _____
 190. **PRINT PHONE** _____
 191. **PRINT DATE** _____
 192. **PRINT SIGNATURE** _____
 193. **PRINT NAME** _____
 194. **PRINT ADDRESS** _____
 195. **PRINT CITY** _____
 196. **PRINT STATE** _____
 197. **PRINT ZIP** _____
 198. **PRINT PHONE** _____
 199. **PRINT DATE** _____
 200. **PRINT SIGNATURE** _____
 201. **PRINT NAME** _____
 202. **PRINT ADDRESS** _____
 203. **PRINT CITY** _____
 204. **PRINT STATE** _____
 205. **PRINT ZIP** _____
 206. **PRINT PHONE** _____
 207. **PRINT DATE** _____
 208. **PRINT SIGNATURE** _____
 209. **PRINT NAME** _____
 210. **PRINT ADDRESS** _____
 211. **PRINT CITY** _____
 212. **PRINT STATE** _____
 213. **PRINT ZIP** _____
 214. **PRINT PHONE** _____
 215. **PRINT DATE** _____
 216. **PRINT SIGNATURE** _____
 217. **PRINT NAME** _____
 218. **PRINT ADDRESS** _____
 219. **PRINT CITY** _____
 220. **PRINT STATE** _____

0378601

FICHA DE EMERGÊNCIA

28.57

NOME: Era de Lima Gomes

DATA/HORA: 18 / 05 / 2017 HORA: 22:10

TELETYPE

DATA DE NASCIMENTO: 08/11/60 56

2423

SEKID

10/1/83

10/1/83

10/1/83

STANDARD

100-1000	100-1000	100-1000	100-1000
		X	

Ocupação: Doméstico

ENDEREÇO maçimã, Siquiri BARRO Preto

NOME DA MÃE: Tereza Marques Lima Gomes
RESPONSABILIDADE: R.

RESPONSE/AL. PELO PACIENTE: *Eduardo Gomes*

END DO-RESPONSIVE;

DATE

HISTORIA CLINICA

presentando some revile dicto, seu dondando apor ocaite
e - doocata, presentor palare

EXAM FISC

602904 12.

PA 1001 S5 TEMPERATURA

3502; 354 em en

HASD

FC: 48 50-

DIAGNÓSTICO: TCE. ? Trauma Joco?

CONDUTA: () INTERNAÇÃO P/ OBSERVAÇÃO

CC

FOURAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

0 0234 min cy

05091. Jozel - 6

Doc to HBT:

NO. 42

④ K2: 2 evs

544 602

Serial: 5053650

SECRETARIA MUNICIPAL DE CATENDI

SECRETARIA MUNICIPAL DE CATENDI

UNIDADE MISTA Dr. JOÃO MAYRINK

FICHA DE EMERGÊNCIA

JB 5/1

NOME: Eva de Lima Gomes

DATA/HORA: 18 / 05 / 2017 HORA: 22:10

TELEFONE: _____

DATA DE NASCIMENTO: 08 / 11 / 1956

SUS: _____

SEXO		
MASC	FEM	OUTRO
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESTADO CIVIL			
CASADO	VIÚVO	SOLTEIRO	REPARADO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ocupação: Doméstica

Endereço: Maximiana Siqueira BAIRRO: Parão

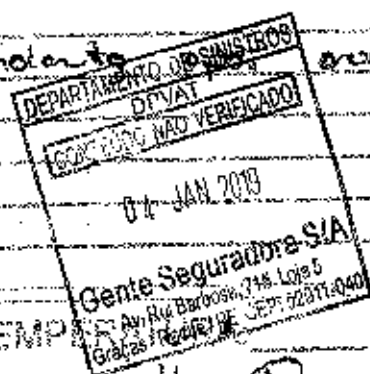
NOME DA MÃE: Tereza Marques Lima Gomes

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Emanuel Gomes

END. DO RESPONSÁVEL: _____ BAIRRO: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

apresentando Ganho de peso direto, com dor de
el - doleto, apresentando febre.



EXAME FÍSICO:

Glasgow 12.

PA: 100/80 TEMP: _____

SP02: 95% em cn

FC: 90 bpm

HAST

DIAGNÓSTICO: TCC.7 Transtorno

CID: _____

CONDUTA: () INTERNAÇÃO P/ OBSERVAÇÃO

() OUTRAS: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

0 Oxalmin cn

0 500mg. 500ml - 6

0 500mg. 500ml - 6

NOH Tac

400mg. 500ml

544x 800

500mg. 500ml



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 de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ 10.635.932/0001-08 | Ins. Est. 5005943-00 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
EVA DE LIMA GOMES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO FERREIRA 21 - A

CPF: 325.150.304-91

PAVÃO/CATENDE
CATENDE PE
55400-000

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
Residencial
Monofásico

CONTA CONTRATO 7021967046 MÊS 05/2018

DATA DE VENCIMENTO 15/05/2018 DATA DE PAGAMENTO 07/06/2018

Nº DA NOTA FISCAL 015437580 SÉRIE ÚNICA EMISSÃO 09/05/2018

APRESENTAÇÃO 09/05/2018 Nº DO CLIENTE 2002375780 Nº DA INSTALAÇÃO 6730809

TOTAL A PAGAR (R\$) 43,40

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
CONSUMO ATIVO (kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Acréscimo Bandeira AMARELA	54,0000000	0,71892094	38,94
Contribuição Iluminação Pública			0,18
ICMS Subvenção-CDE-NF 007652446-07/03/18			2,50
Multa por atraso-NF 011779485-05/04/18			0,45
Juros por atraso-NF 011779485-05/04/18			0,87
Atualização IGP-M-NF 011779485-05/04/18			0,22
			0,15
TOTAL DA FATURA			43,40

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO REGISTRO	TIPO DA FASE	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE CÍCL	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWh)
		09/05/18	09/05/18	09/05/18	09/05/18		1,00000		54,00
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO									
Mês de consumo		Mês de consumo				Mês de consumo		Mês de consumo	
MAR 18	54	ABR 18		73		MAR 18		71	
ABR 18	73	MAY 18		71		FEV 18		61	
MAR 18	71	JUN 18		94		JAN 18		77	
FEV 18	61	JUL 18		98		DEZ 17		52	
JAN 18	77	AGO 17		54		NOV 17		63	
DEZ 17	52	SET 17		37		OUT 17		54	
NOV 17	63	AGO 17		54		JUL 17		98	
OUT 17	54	JUN 17		94		JUN 17		94	
SET 17	37	MAY 17		74		MAY 17		74	
AGO 17	54	MAY 17		74		MAY 17		74	
JUL 17	98	MAY 17		74		MAY 17		74	
JUN 17	94	MAY 17		74		MAY 17		74	
MAY 17	74	MAY 17		74		MAY 17		74	
FEB 88FD 1CAF 21C1 DE 18 7A2C 2AAB 89CB									



RUA CEL. AUSTRICLINIO 797 A

CENTRO PALMARES
PALMARES PE
55540-000

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
022802188	UNICA	05/07/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
05/07/2018	2000102780	2181817

CONTA CONTRATO	MESANO
7013980068	07/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRESTAÇÃO PROVISÓRIA
12/07/2018	08/08/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	163,22

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)			
Acrescimo Bandeira VERMELHA	188,0000000	0,74722083	125,83
Contribuição Iluminação Pública			12,03
ICMS Subvenção-CDE-NF 015222873- 07/05/19			14,28
Multa por atraso-NF 015222873- 07/05/19			1,59
Juros por atraso-NF 015222873- 07/05/19			3,91
Atualização IGPM-NF 015222873- 07/05/19			2,49
			3,65

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA PUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
W02070	CAT	08/01/2019	64.579,00	05/07/2019	64.637,00	29	1.06099		189,00

Mês	Consumo Médio (kWh)
JUL 16	90
JUN 16	85
MAI 16	80
ABR 16	75
MAR 16	70
FEV 16	65
JAN 16	60
DEZ 15	55
NOV 15	50
OCT 15	45
SET 15	40
AGO 15	35
JUL 15	30
JUL 17	10

6D1A.C4E8 778D AAB9 86F5 5F4A.2995 A88B

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OCT 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Apesar do pouco mais de um ano de vocalização, o bebê já tem 1.400 palavras no seu repertório. Ele também entende 873 palavras e reconhece 2.000 objetos e pessoas. Já sabe reconhecer e nomear as cores e as formas geométricas. Também sabe reconhecer e nomear as partes do corpo humano. Já sabe reconhecer e nomear os animais e as plantas. Já sabe reconhecer e nomear os objetos do cotidiano. Já sabe reconhecer e nomear os sons da natureza e da música. Já sabe reconhecer e nomear os sabores e os cheiros. Já sabe reconhecer e nomear os sentimentos e as emoções. Já sabe reconhecer e nomear os valores e as normas sociais. Já sabe reconhecer e nomear os papéis e as funções. Já sabe reconhecer e nomear os direitos e as obrigações. Já sabe reconhecer e nomear os problemas e as soluções. Já sabe reconhecer e nomear os perigos e as precauções. Já sabe reconhecer e nomear os objetivos e as metas. Já sabe reconhecer e nomear os valores e as normas sociais. Já sabe reconhecer e nomear os papéis e as funções. Já sabe reconhecer e nomear os direitos e as obrigações. Já sabe reconhecer e nomear os problemas e as soluções. Já sabe reconhecer e nomear os perigos e as precauções. Já sabe reconhecer e nomear os objetivos e as metas.

ATENÇÃO: A GELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Comarcas não pagamento da(s) Conta(s) de energia (R\$/Mês)		Comarcas não pagamento da(s) Conta(s) de energia (R\$/Mês)	
Vencido	Dreavido	Vencido	Dreavido
13/05/18	05/07/18	16/10	

As condições gerais de
entendimento (Folha de Aversão,
4142010), 18110, produtos,
que não possuem o mesmo
entendimento a distância, para
conduzir, as nossas unidades de
armazenamento e de
www.colpa.com.br

Em casos não segmentados do débito, o fornecimento de informações por terceiros, bem como poder de emitir suas próprias obrigações de resgate, o crédito do SAC-SEBRAE, com personalidade jurídica própria, não constitui o meio de proteção preferencial em confronto a um crédito de natureza judicial, que poderá ser cobrado após o fim do processo.

[illegible]

Unidade: R\$ 100,00

	0,00	0,00	0,00
Linha DCM: 12,22			

Euro - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 40,76

CONTA CONTRATO	MÊSANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7013080068	07/2018	12/07/2018	163,22

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

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

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 COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

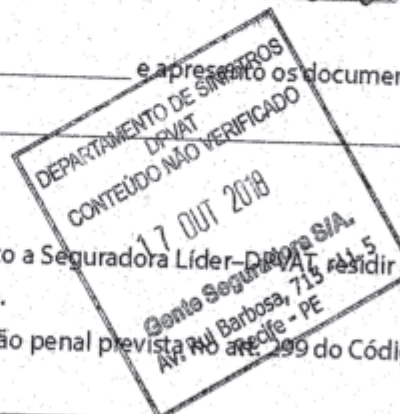
Pelo exposto, eu ERICK MOURA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF 019.739.214 / 80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EVA DE LIMA GOMES inscrito (a) no CPF sob o Nº 325.150.304/91, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EVA DE LIMA GOMES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 325.150.304/91, 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.

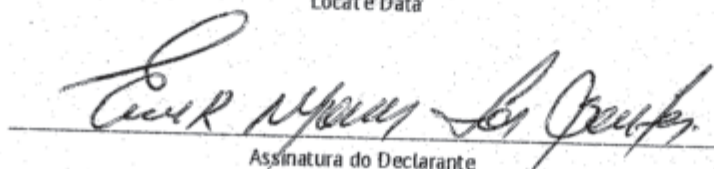
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.



Endereço		Número		Complemento	
RUA CEL AUSTRICLÍNIO		797		A	
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
CENTRO	PALMARES	PE	55540-000		
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)		
GIVALDOBOMBEIRO@YAHOO.COM.BR			(81) 9 9794-8833		

PALMARES-PE de 23 de JULHO de 2018

Local e Data



Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LEONARDE GOMES ALVES DA SILVA,
RG nº 7137338, data de expedição 13/08/2002,
Órgão 504, portador do CPF nº 068.833.004-57, com
domicílio na cidade de CARUARU, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
TRAVESSA CAPITÃO JOAQUIM NUNES, nº 234A,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima EVA DE LIMA GOMES, cujo o condutor era
LEONARDE GOMES ALVES DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG150 FAN ESDI
Ano: 2014
Placa: 0YN-6739
Chassi: 9C2K61680ER556885
Data do Acidente: 18/05/2017
Local e Data: 30 de Julho de 2018

Leonarde Gomes Alves da Silva
Assinatura do Declarante

Leonarde Gomes Alves da Silva

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

Genta Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO
R. dos Expedicionários, 112 - Nossa Senhora das Dores - Caruaru/PE - CEP: 55002-440 Fone: (81) 3722-4733 - Fax: (81) 3721-2118

Reconheço por autenticidade a firma de LEONARDE GOMES ALVES DA SILVA; dou fé.
Selo: 0073718.SWQ06201804.04090
Caruaru/PE, 30/07/2018 11:26:06. Em test. da verdade.

CYNTHIA MORGANA LIMA SABINO - Escrevente
Emol: R\$ 3,59 - INR R\$ 0,80 - Total R\$ 4,39 - Op: 20

Consulte autenticidade em: www.pe.jus.br/selodigital

