



Número: **0017149-74.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 22ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **30/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.750,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
C. V. M. D. A. (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64216 544	06/07/2020 14:02	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 164.980.026-09 4 - Nome completo da vítima: Cauã Victor Monteiro de Assunção

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

5 - Nome completo: Cauã Victor Monteiro de Assunção 6 - CPF: 164.980.026-09

7 - Profissão: Recuse-se 8 - Endereço: TV 36 9 - Número: 32 10 - Complemento:

11 - Bairro: Entre 12 - Cidade: Cananéia 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55028-323

15 - E-mail: (87)99258-3087

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 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:

REUSO 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 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)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA: 94 78

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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 as custas da Seguradora Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro/vil nascido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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 recolhido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: <input type="text"/> COM TV CPF: <input type="text"/> CO. R. DA E. PREVIDÊNCIA S/A
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha: <input type="text"/> 10/09/2019
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: <input type="text"/> CPF: <input type="text"/> PRO:OCOLO AGÊNCIA RECIFE

40 - Local e Data: Cananéia 27/09/19

Cauã Víctor Monteiro de Assunção

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

INTESTO





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0179002183**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/09/2019** às **08:57**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **19/4/2019** às **05:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARUARU, 01, RODOVIA DO SÍTIO RAFAEL, ZONA RURALDE CARUARU-PE..** - Bairro: **CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / BR 104**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO (NOTICIANTE)
CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA SEVERINA BEZERRA MONTEIRO** Pai: **JERONIMO BEZERRA MONTEIRO** Data de Nascimento: **5/7/1977** Naturalidade: **SAO CAETANO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5981624/SDS/PE (RG), 09262866410 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º, GRAU INCOMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares:
- 81992482292
- 81991044753

CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO** Pai: **JOSÉ PEDRO DE ASSUNÇÃO** Data de Nascimento: **21/5/2003** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9467982/SDS/PE (RG), 16498002409 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares:
- 8191044753

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARUARU, 22, 3ª TRAV. G, VILA TEIMOSA, BAIRRO VASSOURAL, - CEP: 0 -**
Bairro: **VASSOURAL - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: , Pai: , Data de Nascimento: **1/1/1930**
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO DESCONHECIDO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse

03/09/2019 08:44



do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

ESCLARECE A SENHORA ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO, QUE NO DIA 19/04/2019, EM COMEMORAÇÃO A PAIXÃO DE CRISTO, SEU FILHO ESTAVA FAZENDO CAMINHADA NA BR104, JUNTAMENTE COM MUITAS PESSOAS, ONDE UMA PESSOA DESCONHECIDA QUE ESTAVA CONDUZINDO UM CAMINHÃO PIPA, O ATROPELOU E EVADIU-SE DO LOCAL, TENDO POPULARES ACIONADO O CORPO DE BOMBEIROS QUE O SOCORREU NO LOCAL E O CONDUZIU PARA O H.R.A. DE CARUARU-PE., ONDE FORAM TOMADAS AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS, CONFORME ATENDIMENTO N° 502233 E PRONTUÁRIO N° 337221.

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

ana lucia Bezerra monteiro
ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO
(NOTICIANTE)

CAUÁ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CICERO ANTONIO DE PAULA** - Matrícula: **3849120**



2 An. 9

03/09/2019 08:44



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 14:02:08
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070614020881500000063028793>
Número do documento: 20070614020881500000063028793

Num. 64216544 - Pág. 3



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 089º CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ºCIRC
DINTER1/14ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0179002183

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/09/2019** às **08:57**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **19/4/2019** às **05:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 01, RODOVIA DO SÍTIO RAFAEL, ZONA RURALDE CARUARU-PE..** - Bairro: **CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / BR 104**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO (NOTICIANTE)
CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA SEVERINA BEZERRA MONTEIRO** Pai: **JERONIMO BEZERRA MONTEIRO** Data de Nascimento: **5/7/1977** Naturalidade: **SAO CAETANO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5981624/SDS/PE (RG), 09262866410 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares:
- 81992482292
- 81991044753

CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO** Pai: **JOSÉ PEDRO DE ASSUNÇÃO** Data de Nascimento: **21/5/2003** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9467982/SDS/PE (RG), 16498002409 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares:
- 8191044753

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 22, 3º TRAV. G, VILA TEIMOSA, BAIRRO VASSOURAL, - CEP: 0 -**
Bairro: VASSOURAL - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: , Pai: , Data de Nascimento: **1/1/1930**
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO DESCONHECIDO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse

03/09/2019 08:44



do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

ESCLARECE A SENHORA ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO, QUE NO DIA 19/04/2019, EM COMEMORAÇÃO A PAIXÃO DE CRISTO, SEU FILHO ESTAVA FAZENDO CAMINHADA NA BR104, JUNTAMENTE COM MUITAS PESSOAS, ONDE UMA PESSOA DESCONHECIDA QUE ESTAVA CONDUZINDO UM CAMINHÃO PIPA, O ATROPELOU E EVADIU-SE DO LOCAL, TENDO POPULARES ACIONADO O CORPO DE BOMBEIROS QUE O SOCORREU NO LOCAL E O CONDUZIU PARA O H.R.A. DE CARUARU-PE., ONDE FORAM TOMADAS AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS, CONFORME ATENDIMENTO N° 502233 E PRONTUÁRIO N° 337221.

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

Ana Lucia Bezerra Monteiro

ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO
(NOTICIANTE)

CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO
(VITIMA)

Cauã Victor Monteiro de Assunção

B.O. registrado por: **CICERO ANTONIO DE PAULA** - Matrícula: **3849120**



03/09/2019 08:44



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 14:02:08
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070614020881500000063028793>
Número do documento: 20070614020881500000063028793

Num. 64216544 - Pág. 5

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 164.980.026-09 4 - Nome completo da vítima: Cauã Victor Monteiro de Assunção

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

5 - Nome completo: Cauã Victor Monteiro de Assunção 6 - CPF: 164.980.026-09

7 - Profissão: Recuse-se 8 - Endereço: TV 36 9 - Número: 32 10 - Complemento:

11 - Bairro: Entre 12 - Cidade: Cananéia 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55028-323

15 - E-mail: (81)99258-3087

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 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 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 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)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA: 94 78

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 as custas da Seguradora Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro/vil nascido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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 recolhido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: <input type="text"/> COM TV CPF: <input type="text"/> CO. R. DA E. PREVIDÊNCIA S/A
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha: <input type="text"/> 10/09/2019
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: <input type="text"/> CPF: <input type="text"/> PRO:OCOLO AGÊNCIA RECIFE

40 - Local e Data: Cananéia 27/09/19

Cauã Víctor Monteiro de Assunção

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

INFORMAÇÕES





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, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190577883 **Vítima: CAUA VITOR MONTEIRO DE ASSUNCAO**

Data do Acidente: 19/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CAUA VITOR MONTEIRO DE ASSUNCAO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 19/04/2019, emitida pelo Dr. JOSE PATRIOTA, CRM nº 5312 - PE, da Instituição HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE., evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 004/77/00478 - carta_31 - INVALIDEZ



Carta nº 15002803



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 14:02:08
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070614020881500000063028793>
Número do documento: 20070614020881500000063028793

Num. 64216544 - Pág. 7

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029126/20

Número do Sinistro: 3200034305

Vítima: CAUA VITOR MONTEIRO DE ASSUNCAO

CPF: 164.980.024-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/04/2019

Titular do CPF: CAUA VITOR MONTEIRO DE ASSUNCAO

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO : 092.628.664-10

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/01/2020
Nome: ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO
CPF: 092.628.664-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 14:02:08
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070614020881500000063028793>
Número do documento: 20070614020881500000063028793

Num. 64216544 - Pág. 8

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029126/20

Vítima: CAUA VITOR MONTEIRO DE ASSUNCAO

CPF: 164.980.024-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/04/2019

Titular do CPF: CAUA VITOR MONTEIRO DE ASSUNCAO

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO : 092.628.664-10

Comprovante de residência
Documentos de identificação

CAUA VITOR MONTEIRO DE ASSUNCAO : 164.980.024-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/01/2020
Nome: ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO
CPF: 092.628.664-10

ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2020
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA





092-628-664-10



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 14:02:08
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070614020881500000063028793>
Número do documento: 20070614020881500000063028793

Num. 64216544 - Pág. 10

Ao Sr. Analista

Sinistro: 3190/577813

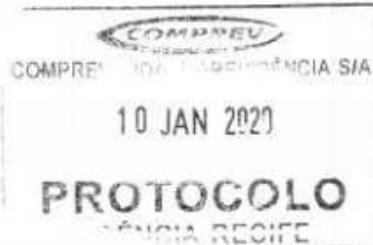
.PEDIDO DE REANÁLISE

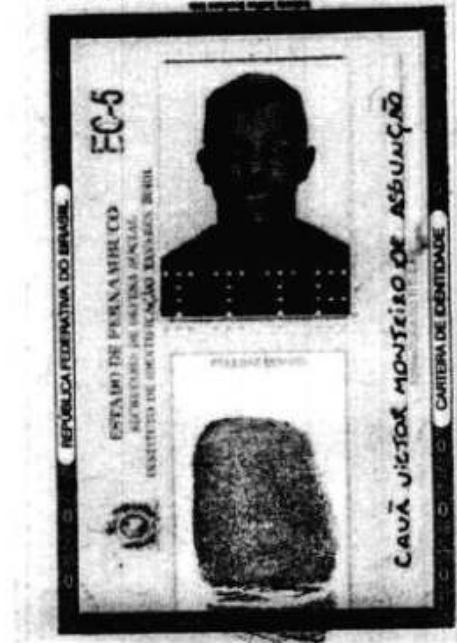
Inconformado (a) com a análise que fizeram do meu processo, venho **REQUERER** reanálise referente indenização do seguro obrigatório – DPVAT – nº do sinistro: 3190/577813 tendo em vista está apresentando RAIO X onde fica comprovado que encontro-me com sequelas permanentes em decorrência do acidente, expresso desta forma por laudo. Logo aguardo uma solução ao pedido acima transscrito e estarei disponível para perícia agendada pela Seguradora.

Atenciosamente,

VITIMA: CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO

CPF: 164.980.024-09





*Assinado
entregue
Bacelos Conente*



**HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA**



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

		Atendimento: 502233	Prontuário: 337221		
Nome: CAU VICTOR MONTEIRO DE ASSUNCAO	Data Nasc.: 21/05/2003	Idade: 15	Sexo: MASCULINO	Cor: PARDA	Religião:
CPF: RG:				CNS:	
Endereço: RUA TESSEIRA G VILA TEMOSA					Nº: 22
Bairro: VASSORAL		Cidade: CARUARU			Estado: PE
CEP: 55024000	Fone: 991044753			Profissão:	
Nome da Mãe: ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO					
Acompanhante:					
Motivo do Atendimento: ATT COM AUTOMOVEL					
Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA					

2 - ATENDIMENTO Data: 19/04/2019 06:08

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:	<p>paciente com dor no abdômen central e direito, com intensidade moderada, associado a náuseas e vômitos. Dor no abdômen central e direito, intensidade moderada, associado a náuseas e vômitos. Dor no abdômen central e direito, intensidade moderada, associado a náuseas e vômitos.</p>		
Exame Físico:	SBP:	PA:	FC:
			FR:
Diag. Provisório:	<p>HOSPITAL REGIONAL DO AGreste RAIO-X DATA 19/04/19</p>		

Prescrição:	Dia:	Horário:
Data:	<p>coluna toracal contusão e escoriação no abdômen central com dor também ext. abd. e fratura de costela + de mobilidade</p>	
COMPREVADA	COM	REC
COMPREVADA	VIA E PRIVACIDADE SIA	
10 JAN 2021	10 OUT 2019	
1 de 2	<p>PROTOCOLO AGÊNCIA RECIFE</p>	





**HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA**



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

(+) Pacientes (-) Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Name: _____ **RG:** _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Assinature

Autorização de Prorrogamento

() Paciente () Familiar

Name: _____ RG: _____

Endereço: _____ **Tel.:** _____

— 1 —

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino de Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido

Transferência: **Internamento**

Condicão de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Dúplo

Data: 19/11/2023 Hora: 10:00 Médico: CRM: 123456

19/04/2019 06:09:15
3-10-3

COMPREV VIDA E SENSIBILIDADE SIA

10 JAN 2020

PROTOCOLO AGÊNCIA SERIEE

Usuario do Atendimento





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 14:02:08
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070614020881500000063028793>
Número do documento: 20070614020881500000063028793

Num. 64216544 - Pág. 15



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 14:02:08
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070614020881500000063028793>
Número do documento: 20070614020881500000063028793

Num. 64216544 - Pág. 16



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 14:02:08
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070614020881500000063028793>
Número do documento: 20070614020881500000063028793

Num. 64216544 - Pág. 17



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 14:02:08
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070614020881500000063028793>
Número do documento: 20070614020881500000063028793

Num. 64216544 - Pág. 18



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 14:02:08
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070614020881500000063028793>
Número do documento: 20070614020881500000063028793

Num. 64216544 - Pág. 19

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 261 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
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
ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO
CPF: 092.628.664-10 NIS: 16077922316

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV 3 G 32
VILA TEIMOSA
CENTRO/CARUARU
55028-323 CARUARU 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
14/01/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)
18,18

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
07/01/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO
07/01/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL
091309654

CONTA CONTRATO
000156449032

Nº DO CLIENTE
2902361753
Nº DA INSTALAÇÃO
0000806261

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

DCC1.598A.F4D2.914B.0EF6.DA1A.0158.D6E0

DESCRIPÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,10052868	3,01
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	23,00	0,17233491	3,96
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,09250394	2,77
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	23,00	0,15857819	3,64
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,33
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,47
TOTAL DA FATURA			18,18

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	01 Réas	Valor
16/12/19	07/01/20	24,70

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 39 REE 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo-TUSD até 30 kWh 0,09545200	JAN 20
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh 0,16363200	DEZ 19
Consumo-TE até 30 kWh 0,08783200	NOV 19
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh 0,15677000	CUT 19
	SET 19
	AGO 19
	JUL 19
	JUN 19
	MAI 19
	ABR 19
	MAR 19
	FEV 19
	JAN 19

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	6,31	46,03
Transmissão	0,75	5,11
Distribuição (Celpe)	4,26	31,67
Encargos Sistêmicos	0,62	3,95
Tributos	0,68	4,96
Péndas de Energia	1,34	9,77
TOTAL	13,71	100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIPÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
nov/2019					
DIC-No de horas sem Energia	CARUARU	8,00	5,87	10,15	20,38
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,11	8,22	12,45
DMC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	2,86	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		

EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 6,62

Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICRI a qualquer tempo.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			
P15542	CAT	09/12/2019	17.413,00	07/01/2020	17.886,00	29	1.00008	8,00

10 JAN 2020

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/02/2020

PROTOCOLO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Jessyca Layza da Silva Vasconcelos: sua vida de negreiros nossa senhora das dores / Jitai: rua vital de negreiros nossa senhora das dores. 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. 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 próximo mês. Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 17,68. 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.

NÍVEIS 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
000156449032	01/2020	18,18	14/01/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

CERTIDÃO

Certidão nº 2019GB2000032 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO, 16 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 9467982 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº , residente à TERCEIRA TRAVESSA G, nº 32, , VILA TEIMOSA, CARUARU-PE, certificar que este 2º Grupamento de Bombeiros atendeu a uma ocorrência no dia 19/04/2019, por volta das 05:16 hs, no endereço: DISTRITO RAFAEL - BR 104, S/N, ZONA RURAL CARUARU-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo O VEÍCULO ENVOLVIDO NO ATROPELAMENTO NÃO FOI IDENTIFICADO PELA GUARNIÇÃO DO CBMPE.

QUANDO A GUARNIÇÃO CHEGOU AO LOCAL DO ACIDENTE, O VEÍCULO ENVOLVIDO NÃO ESTAVA MAIS NO LOCAL., no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(a) CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO, inscrito sob o CPF nº e Registro Geral nº 9467982, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do 2º Grupamento de Bombeiros, comandada pelo(a) CABO IZAÍAS. Foi transportado(a) para o HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, Registrado(a) com o prontuário nº 337221. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / 2ºGB.

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA SIA

10 JAN 2020

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Posição em 24/05/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019GB2000032

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA SIA
10 OUT 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

164.980.026-09 Cauã Victor Monteiro de Assunção

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Caruaru

13 - E-mail:

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

32

PE

55028-323

(81)93258-3087

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - Tel.(DDDI):

16 - Tel.(DDDI):

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:

RECUZO 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: 01285

CONTA: 94 78

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

COMPREV S/A - INICIA S/A

Não há IML que atende 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.

10 JAN 2021

Pelo motivo assinalado, solicito o prorrogamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, para 120 (cento e二十) dias, a partir da data da assinatura, apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e da intensidade de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prestar chancela à falsa ou falsa avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

PROTÓCOLO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não
teve filhos? Vivos: Falecidos: nascido(a) / morreu? Não Vivos: Falecidos: teve irmãos? Não Vivos: Falecidos: pais/avós vivos? Não

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

34

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

38 - 1º | Nome:

CPF: COM 710919
CONSELHO DE INVESTIMENTOS S/A

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

Assinatura da testemunha: 09/01/2019

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

39 - 2º | Nome:

CPF: PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

40 - Local e Data: Caruaru 17/09/19

Cauã Víctor Monteiro de Assunção

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

NAO ALFABETIZADO

PROTÓCOLO

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 261 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
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
ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO
CPF: 092.628.664-10 NIS: 16077922316

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV 3 G 32
VILA TEIMOSA
CENTRO/CARUARU
55028-323 CARUARU 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
14/01/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)
18,18

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
07/01/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO
07/01/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL
091309654

CONTA CONTRATO
000156449032

Nº DO CLIENTE
2902361753
Nº DA INSTALAÇÃO
0000806261

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

DCC1.598A.F4D2.914B.0EF6.DA1A.0158.D6E0

DESCRIPÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,10052868	3,01
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	23,00	0,17233491	3,96
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,09250394	2,77
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	23,00	0,15857819	3,64
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,33
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,47
TOTAL DA FATURA			18,18

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	01 REAR	Valor
16/12/19	07/01/20	24,70

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 39 REE 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo-TUSD até 30 kWh 0,09546300	JAN 20
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh 0,16363200	DEZ 19
Consumo-TE até 30 kWh 0,08783260	NOV 19
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh 0,15679000	CUT 19
	SET 19
	AGO 19
	JUL 19
	JUN 19
	MAI 19
	ABR 19
	MAR 19
	FEV 19
	JAN 19

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	RS	%
Geração de Energia	6,31	46,03
Transmissão	0,75	5,11
Distribuição (Celpe)	4,26	31,67
Encargos Sistêmicos	0,42	3,06
Tributos	0,68	4,96
Péndas de Energia	1,34	9,77
TOTAL	13,71	100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIPÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
nov/2019					
DIC-No de horas sem Energia	CARUARU	8,00	5,37	10,15	20,38
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,11	8,22	12,45
DMC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	2,86	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		

EUSD-Valor do Encargo de Uso + R\$ 6,62

Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICRI a qualquer tempo.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
P15542	CAT	09/12/2019	17.413.208	07/01/2020	17.886.00	29	1.00008	8,00	53,00

10 JAN 2020

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/02/2020

PROTOCOLO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Jessyca Layza da Silva Vasconcelos: sua vida de negreiros nossa senhora das dores / Jitai: rua vital de negreiros nossa senhora das dores. 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. 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 próximo mês. Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 17,68. 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.

NÍVEIS 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
000156449032	01/2020	18,18	14/01/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



**HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA**



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

		Atendimento: 502233	Prontuário: 337221		
Nome: CAU VICTOR MONTEIRO DE ASSUNCAO	Data Nasc.: 21/05/2003	Idade: 15	Sexo: MASCULINO	Cor: PARDA	Religião:
CPF: RG:				CNS:	
Endereço: RUA TESSEIRA G VILA TEMOSA					Nº: 22
Bairro: VASSORAL		Cidade: CARUARU			Estado: PE
CEP: 55024000	Fone: 991044753			Profissão:	
Nome da Mãe: ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO					
Acompanhante:					
Motivo do Atendimento: ATT COM AUTOMOVEL					
Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA					

2 - ATENDIMENTO Data: 19/04/2019 06:08

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:	<p>paciente com dor no abdômen central e direito, com intensidade moderada, associado a náuseas e vômitos. Dor no abdômen central e direito, intensidade moderada, associado a náuseas e vômitos. Dor no abdômen central e direito, intensidade moderada, associado a náuseas e vômitos.</p>		
Exame Físico:	SBP:	PA:	FC:
			FR:
Diag. Provisório:	<p>HOSPITAL REGIONAL DO AGreste RAIO-X DATA 19/04/19</p>		

Prescrição:	Dia:	Horário:
Data:	<p>coluna toracal contusão e escoriação no abdômen central com dor também ext. abd. e fratura de costela + de mobilidade</p>	
COMPREVADA	COM	REC
COMPREVADA	VIA E PRIVACIDADE SIA	
10 JAN 2021	10 OUT 2019	
1 de 2	<p>PROTOCOLO AGÊNCIA RECIFE</p>	





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 14:02:08
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070614020881500000063028793>
Número do documento: 20070614020881500000063028793

Num. 64216544 - Pág. 26



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 14:02:08
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070614020881500000063028793>
Número do documento: 20070614020881500000063028793

Num. 64216544 - Pág. 27



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 14:02:08
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070614020881500000063028793>
Número do documento: 20070614020881500000063028793

Num. 64216544 - Pág. 28



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 14:02:08
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070614020881500000063028793>
Número do documento: 20070614020881500000063028793

Num. 64216544 - Pág. 29



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 14:02:08
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070614020881500000063028793>
Número do documento: 20070614020881500000063028793

Num. 64216544 - Pág. 30



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

164.980.026-09 Cauã Victor Monteiro de Assunção

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Caruaru

13 - E-mail:

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

14 - CEP:

32

15 - Tel. (DDDI):

(81) 93258-3087

16 - Tel. (DDDI):

(81) 93258-3087

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:

RECUZO 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: 01285

CONTA: 94 78

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

COMPREV S/A - INICIA S/A

Não há IML que atende 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.

10 JAN 2021

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, sem a apresentação, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e da intensidade de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prestar declaração de fato ou falso a respeito da avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

PROTÓCOLO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Sim

Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e preverem 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.

NAO ALFABETIZADO

34

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

COM 710919
COMPREV S/A - INICIA S/A

Assinatura da testemunha: 09/01/2019

39 - 2º | Nome:

CPF:

PROTÓCOLO

AGÊNCIA RECIFE

40 - Local e Data: Caruaru 17/09/19
Ana Paula Marinho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PROTÓCOLO



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0179002183

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/09/2019 às 08:57**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **19/4/2019 às 05:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 01, RODOVIA DO SÍTIO RAFAEL, ZONA RURALDE CARUARU-PE.** - Bairro: **CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / BR 104**



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO (NOTICIANTE)
CAUÁ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mão: **MARIA SEVERINA BEZERRA MONTEIRO** Pai: **JERONIMO BEZERRA MONTEIRO** Data de Nascimento: **5/7/1977** Naturalidade: **SAO CAETANO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5881624/SDS/PE (RG) 09262866410 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares:
- 81992482292
- 81991044753

CAUÁ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mão: **ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO** Pai: **JOSÉ PEDRO DE ASSUNÇÃO** Data de Nascimento: **21/5/2003** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9467982/SDS/PE (RG) 16498002409 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares:
- 8191044753

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 22, 3º TRAV. G, VILA TEIMOSA, BAIRRO VASSOURAL, - CEP: 0 -**
Bairro: **VASSOURAL - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mão: , Pai: , Data de Nascimento: **1/1/1930**
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO DESCONHECIDO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse



do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

ESCLARECE A SENHORA ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO, QUE NO DIA 19/04/2019, EM COMEMORAÇÃO A PAIXÃO DE CRISTO, SEU FILHO ESTAVA FAZENDO CAMINHADA NA BR104, JUNTAMENTE COM MUITAS PESSOAS, ONDE UMA PESSOA DESCONHECIDA QUE ESTAVA CONDUZINDO UM CAMINHÃO PIPA, O ATROPELOU E EVADIU-SE DO LOCAL, TENDO POPULARES ACIONADO O CORPO DE BOMBEIROS QUE O SOCORREU NO LOCAL E O CONDUZIU PARA O H.R.A. DE CARUARU-PE., ONDE FORAM TOMADAS AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS, CONFORME ATENDIMENTO N° 502233 E PRONTUÁRIO N° 337221.

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

Ana Lucia Bezerra Monteiro
ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO
(NOTICIANTE)

CAUÁ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CICERO ANTONIO DE PAULA** - Matrícula: **3849120**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0179002183

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/09/2019 às 08:57**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 19/4/2019 às 05:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 01, RODOVIA DO SÍTIO RAFAEL, ZONA RURALDE CARUARU-PE..** - Bairro: **CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / BR 104**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
 ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO (NOTICIANTE)
 CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mão: **MARIA SEVERINA BEZERRA MONTEIRO** Pai: **JERONIMO BEZERRA MONTEIRO** Data de Nascimento: **5/7/1977** Naturalidade: **SAO CAETANO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5881624/8DS/PE (RG), 09262866410 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares:
 - 81992482292
 - 81991044753

CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO** Pai: **JOSÉ PEDRO DE ASSUNÇÃO** Data de Nascimento: **21/5/2003** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9467982/8DS/PE (RG), 16498002409 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares:
 - 8191044753

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 22, 3º TRAV. G, VILA TEIMOSA, BAIRRO VASSOURAL, - CEP: 0 - Bairro: VASSOURAL - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: , Pai: , Data de Nascimento: **1/1/1930** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO DESCONHECIDO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse

03/09/2019 08:44



do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
 Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

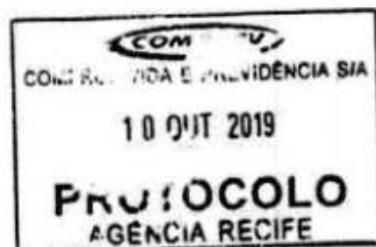
ESCLARECE A SENHORA ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO, QUE NO DIA 19/04/2019, EM COMEMORAÇÃO A PAIXÃO DE CRISTO, SEU FILHO ESTAVA FAZENDO CAMINHADA NA BR104, JUNTAMENTE COM MUITAS PESSOAS, ONDE UMA PESSOA DESCONHECIDA QUE ESTAVA CONDUZINDO UM CAMINHÃO PIPA, O ATROPELOU E EVADIU-SE DO LOCAL, TENDO POPULARES ACIONADO O CORPO DE BOMBEIROS QUE O SOCORREU NO LOCAL E O CONDUZIU PARA O H.R.A. DE CARUARU-PE., ONDE FORAM TOMADAS AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS, CONFORME ATENDIMENTO N° 502233 E PRONTUÁRIO N° 337221.

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

Ana Lucia Bezerra Monteiro
ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO
(NOTICIANTE)

CAUÁ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CICERO ANTONIO DE PAULA** - Matrícula: **3849120**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 164.980.026-09 4 - Nome completo da vítima: Cauã Victor Monteiro de Assunção

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

5 - Nome completo: Cauã Victor Monteiro de Assunção 6 - CPF: 164.980.026-09

7 - Profissão: Recuse-se 8 - Endereço: TV 36 9 - Número: 32 10 - Complemento:

11 - Bairro: Entre 12 - Cidade: Cananéia 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55028-323

15 - E-mail: (81)99258-3087

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 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:

REUSO 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 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)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA: 94 78

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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 as custas da Seguradora Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro/vil nascido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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 recolhido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: <input type="text"/> COM TV CPF: <input type="text"/> CO. R. DA E. PREVIDÊNCIA S/A
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha: <input type="text"/> 10/09/2019
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: <input type="text"/> CPF: <input type="text"/> Pronto! COLO AGÊNCIA RECIFE

40 - Local e Data: Cananéia 27/09/19

Cauã Víctor Monteiro de Assunção

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

INTESTO MINHAS



Ao Sr. Analista

Sinistro: 3190/577813

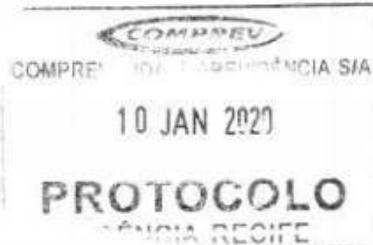
.PEDIDO DE REANÁLISE

Inconformado (a) com a análise que fizeram do meu processo, venho **REQUERER** reanálise referente indenização do seguro obrigatório – DPVAT – nº do sinistro: 3190/577813 tendo em vista está apresentando RAIO X onde fica comprovado que encontro-me com sequelas permanentes em decorrência do acidente, expresso desta forma por laudo. Logo aguardo uma solução ao pedido acima transscrito e estarei disponível para perícia agendada pela Seguradora.

Atenciosamente,

VITIMA: CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO

CPF: 164.980.024-09



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0014678/20

Vítima: CAUA VITOR MONTEIRO DE ASSUNCAO

CPF: 164.980.024-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/04/2019

Titular do CPF: CAUA VITOR MONTEIRO DE ASSUNCAO

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO : 092.628.664-10

Comprovante de residência
Documentos de identificação

CAUA VITOR MONTEIRO DE ASSUNCAO : 164.980.024-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/01/2020
Nome: ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO
CPF: 092.628.664-10

ANNA LUCIA BEZERRA MONTEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/01/2020
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA



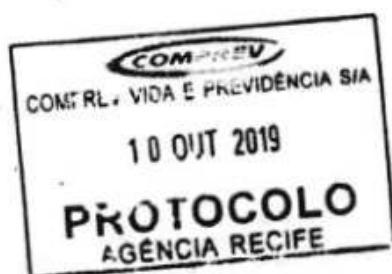


*Assinado
entregue
Bacelos Conente*





092.628.664-10



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 14:02:08
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070614020881500000063028793>
Número do documento: 20070614020881500000063028793

Num. 64216544 - Pág. 40



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

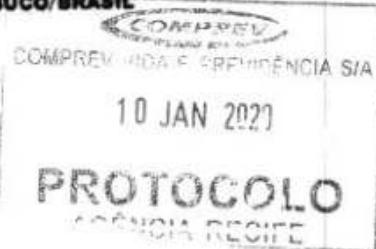
COMPREV - IDADE E PREVIDÊNCIA S/A
10 OUT 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0179002183

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/09/2019 às 08:57**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **19/4/2019 às 05:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 01, RODOVIA DO SÍTIO RAFAEL, ZONA RURALDE CARUARU-PE..** - Bairro: **CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / BR 104**



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO (NOTICIANTE)
CAUÁ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO (presente ao plantão) - Sexo: FemininoMãe: **MARIA SEVERINA BEZERRA MONTEIRO** Pai: **JERONIMO BEZERRA MONTEIRO** Data de Nascimento: **5/7/1977** Naturalidade: **SAO CAETANO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5881624/SDS/PE (RG) 09262866410 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares:
- 81992482292
- 81991044753

CAUÁ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO (presente ao plantão) - Sexo: MasculinoMãe: **ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO** Pai: **JOSÉ PEDRO DE ASSUNÇÃO** Data de Nascimento: **21/5/2003** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9467982/SDS/PE (RG) 16498002409 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares:
- 8191044753

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 22, 3º TRAV. G, VILA TEIMOSA, BAIRRO VASSOURAL, - CEP: 0 -**
Bairro: **VASSOURAL - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: MasculinoMãe: , Pai: , Data de Nascimento: **1/1/1930**
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO DESCONHECIDO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse



do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

ESCLARECE A SENHORA ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO, QUE NO DIA 19/04/2019, EM COMEMORAÇÃO A PAIXÃO DE CRISTO, SEU FILHO ESTAVA FAZENDO CAMINHADA NA BR104, JUNTAMENTE COM MUITAS PESSOAS, ONDE UMA PESSOA DESCONHECIDA QUE ESTAVA CONDUZINDO UM CAMINHÃO PIPA, O ATROPELOU E EVADIU-SE DO LOCAL, TENDO POPULARES ACIONADO O CORPO DE BOMBEIROS QUE O SOCORREU NO LOCAL E O CONDUZIU PARA O H.R.A. DE CARUARU-PE., ONDE FORAM TOMADAS AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS, CONFORME ATENDIMENTO N° 502233 E PRONTUÁRIO N° 337221.

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

Ana Lucia Bezerra Monteiro
ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO
(NOTICIANTE)

CAUÁ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CICERO ANTONIO DE PAULA** - Matrícula: **3849120**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0179002183

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/09/2019 às 08:57**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 19/4/2019 às 05:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 01, RODOVIA DO SÍTIO RAFAEL, ZONA RURALDE CARUARU-PE..** - Bairro: **CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / BR 104**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
 ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO (NOTICIANTE)
 CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mão: **MARIA SEVERINA BEZERRA MONTEIRO** Pai: **JERONIMO BEZERRA MONTEIRO** Data de Nascimento: **5/7/1977** Naturalidade: **SAO CAETANO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5881624/SDS/PE (RG), 09262866410 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares:
 - 81992482292
 - 81991044753

CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO** Pai: **JOSÉ PEDRO DE ASSUNÇÃO** Data de Nascimento: **21/5/2003** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9467982/SDS/PE (RG), 16498002409 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares:
 - 8191044753

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 22, 3º TRAV. G, VILA TEIMOSA, BAIRRO VASSOURAL, - CEP: 0 - Bairro: VASSOURAL - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: , Pai: , Data de Nascimento: **1/1/1930** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO DESCONHECIDO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse

03/09/2019 08:44



do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
 Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

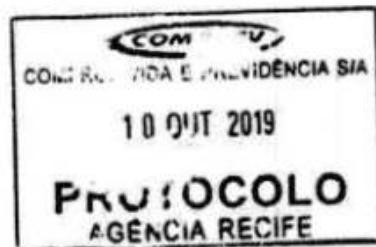
ESCLARECE A SENHORA ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO, QUE NO DIA 19/04/2019, EM COMEMORAÇÃO A PAIXÃO DE CRISTO, SEU FILHO ESTAVA FAZENDO CAMINHADA NA BR104, JUNTAMENTE COM MUITAS PESSOAS, ONDE UMA PESSOA DESCONHECIDA QUE ESTAVA CONDUZINDO UM CAMINHÃO PIPA, O ATROPELOU E EVADIU-SE DO LOCAL, TENDO POPULARES ACIONADO O CORPO DE BOMBEIROS QUE O SOCORREU NO LOCAL E O CONDUZIU PARA O H.R.A. DE CARUARU-PE., ONDE FORAM TOMADAS AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS, CONFORME ATENDIMENTO N° 502233 E PRONTUÁRIO N° 337221.

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

Ana Lucia Bezerra Monteiro
ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO
(NOTICIANTE)

CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CICERO ANTONIO DE PAULA** - Matrícula: **3849120**



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 261 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
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
ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO
CPF: 092.628.664-10 NIS: 16077922316

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV 3 G 32
VILA TEIMOSA
CENTRO/CARUARU
55028-323 CARUARU 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 14/01/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 07/01/2020	CONTA CONTRATO 000156449032
TOTAL A PAGAR (R\$) 18,18	DATA DA APRESENTAÇÃO 07/01/2020	Nº DO CLIENTE 2902361753
	NÚMERO DA NOTA FISCAL 091309654	Nº DA INSTALAÇÃO 0000806261

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO
DCC1.598A.F4D2.914B.0EF6.DA1A.0158.D6E0

DESCRIPÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIPÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.				
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,10052868	3,01	Vencido 01/01/2020 Valor 24,70				
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	23,00	0,17233491	3,96					
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,09250394	2,77					
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	23,00	0,15857819	3,64					
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,33					
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,47					
TOTAL DA FATURA			18,18					
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOR
0,00		0,00	13,71	0,90	6,12	13,71	4,15	0,56

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo-TUSD até 30 kWh 0,09545200	JAN 20 53
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh 0,16363200	DEZ 19 68
Consumo-TE até 30 kWh 0,08783200	NOV 19 61
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh 0,15067900	CUT 19 65
	SET 19 53
	AGO 19 64
	JUL 19 58
	JUN 19 59
	MAI 19 73
	ABR 19 57
	MAR 19 65
	FEV 19 52
	JAN 19 65

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
R\$ %
Geração de Energia 6,31 46,03
Transmissão 0,75 5,11
Distribuição (Celpe) 4,26 31,67
Encargos Sistóricos 0,62 3,95
Tributos 0,68 4,96
Péndas de Energia 1,34 9,77
TOTAL 13,71 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
P15542	CAT	09/12/2019	17.413.208	07/01/2020	17.886.00	29	1.00008	5,60	53,00

10 JAN 2020

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/02/2020

PROTOCOLO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Jessyca Layza da Silva Vasconcelos: sua vida é de negreiros, nossa senhora das dores / Jitsat: sua vida é de negreiros, nossa senhora das dores. 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.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pág. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próximo mês.
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 17,68.
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.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIPÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
nov/2019					
DIC-No de horas sem Energia	CARUARU	5,87	10,15	20,38	
FIC-No de vezes sem Energia		3,11	8,22	12,45	
DMC-Duração máxima de Interrupção contínua		2,86	0,00	0,00	
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		

EUSD-Valor do Encargo de Uso + R\$ 6,62

Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, TIC, DMC e DICRI a qualquer tempo.

NÍVEIS 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
000156449032	01/2020	18,18	14/01/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

164.980.024-09 Cauã Victor Monteiro de Assunção

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Caruaru

13 - E-mail:

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

32

PE

55028-323

(81)93258-3087

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - Tel.(DDDI):

16 - Tel.(DDDI):

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:

RECUZO 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: 01285

CONTA: 94 78

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

COMPREV S/A - INICIA S/A

Não há IML que atende 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.

10 JAN 2021

Pelo motivo assinalado, solicito o prorrogamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, para 120 (cento e二十) dias, a partir da data da apresentação, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e da intensidade de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prestar declaração de fato ou falso a respeito da avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

PROTÓCOLO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não
teve filhos? Vivos: Falecidos: nascido(a) / morreu? Não Vivos: Falecidos: teve irmãos? Não Vivos: Falecidos: pais/avós vivos? Não

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

34

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

38 - 1º | Nome:

CPF: COM 710919/2019/0001-01 INICIA S/A

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

Assinatura da testemunha:

10 JAN 2019

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

39 - 2º | Nome:

CPF: FRO:OCOLO AGÊNCIA RECIFE

40 - Local e Data: Caruaru 17/09/19

Cauã Víctor Monteiro de Assunção

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

NAO ALFABETIZADO

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
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
ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO
CPF: 092.628.664-10 NIS: 16077922316

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV 3 G 32
VILA TEIMOSA
CENTRO/CARUARU
55028-323 CARUARU 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
14/01/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)
18,18

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
07/01/2020
DATA DA APRESENTAÇÃO
07/01/2020
NÚMERO DA NOTA FISCAL
091309654

CONTA CONTRATO
000156449032
Nº DO CLIENTE
2902361753
Nº DA INSTALAÇÃO
0000806261

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico
RESERVADO AO FISCO
DCC1.598A.F4D2.914B.0EF6.DA1A.0158.D6E0

DESCRIPÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIPÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,10052868	3,01
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	23,00	0,17233491	3,96
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,09250394	2,77
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	23,00	0,15857819	3,64
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,33
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,47
TOTAL DA FATURA			18,18

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	01 REAR	Valor
16/12/19	07/01/20	24,70

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 39 REE 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo-TUSD até 30 kWh 0,09545200	JAN 20
30 até 100 kWh 0,16363200	DEZ 19
Consumo-TE até 30 kWh 0,08783200	NOV 19
30 até 100 kWh 0,15677000	CUT 19
	SET 19
	AGO 19
	JUL 19
	JUN 19
	MAI 19
	ABR 19
	MAR 19
	FEV 19
	JAN 19

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	RS	%
Geração de Energia	6,31	46,03
Transmissão	0,75	5,11
Distribuição (Celpe)	4,26	31,67
Encargos Sistêmicos	0,42	3,06
Tributos	0,88	6,46
Péndas de Energia	1,34	9,77
TOTAL	13,71	100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIPÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
nov/2019					
DIC-No de horas sem Energia	CARUARU	8,00	5,37	10,15	20,38
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,11	8,22	12,45
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,86	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		

EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 8,62

Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICRI a qualquer tempo.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			
P15542	CAT	09/12/2019	17.413.208	07/01/2020	17.886.00	29	1.00008	8,62

10 JAN 2020

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/02/2020

PROTOCOLO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Jessyca Layza da Silva Vasconcelos: sua vida de negreiros nossa senhora das dores / Jfstat: rua vital de negreiros nossa senhora das dores. 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. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pago, em atraso, gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próximo mês. Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 17,68. 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.

NÍVEIS 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
000156449032	01/2020	18,18	14/01/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

164.980.026-09 Cauã Victor Monteiro de Assunção

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Caruaru

13 - E-mail:

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

32

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

550.28-323

15 - Tel.(DDDI):

(81) 93258-3087

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:

RECUZO 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: 01285

CONTA: 94 78

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

COMPREV S/A - INICIA S/A

Não há IML que atende 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.

10 JAN 2021

Pelo motivo assinalado, solicito o prorrogamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com prazo superior a 90 (noventa) dias, desde que a Seguradora Lider apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e da intensidade das perdas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prestar chancela à falsa avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

PROTÓCOLO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não
teve filhos? Vivos: Falecidos: nascido(a) / morreu? Não Vivos: Falecidos: Vivos: Falecidos: pais/avós vivos? Não

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

34

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

38 - 1º | Nome:

CPF: COM 710919
CONSELHO DE INVESTIMENTOS S/A

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

Assinatura da testemunha:

10 JAN 2019

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

39 - 2º | Nome:

CPF: FONTE: OCOLO
AGÊNCIA RECIFE

40 - Local e Data: Caruaru 17/09/19

Cauã VICTOR MONTEIRO de ASSUNÇÃO

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

NAO ALFABETIZADO

PROTÓCOLO



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

CERTIDÃO

Certidão nº 2019GB2000032 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO, 16 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 9467982 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº , residente à TERCEIRA TRAVESSA G, nº 32, , VILA TEIMOSA, CARUARU-PE, certificar que este 2º Grupamento de Bombeiros atendeu a uma ocorrência no dia 19/04/2019, por volta das 05:16 hs, no endereço: DISTRITO RAFAEL - BR 104, S/N, ZONA RURAL CARUARU-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo O VEÍCULO ENVOLVIDO NO ATROPELAMENTO NÃO FOI IDENTIFICADO PELA GUARNIÇÃO DO CBMPE.

QUANDO A GUARNIÇÃO CHEGOU AO LOCAL DO ACIDENTE, O VEÍCULO ENVOLVIDO NÃO ESTAVA MAIS NO LOCAL., no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(a) CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO, inscrito sob o CPF nº e Registro Geral nº 9467982, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do 2º Grupamento de Bombeiros, comandada pelo(a) CABO IZAÍAS. Foi transportado(a) para o HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, Registrado(a) com o prontuário nº 337221. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / 2ºGB.

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA SIA

10 JAN 2020

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Posição em 24/05/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019GB2000032

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA SIA
10 OUT 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352942/19

Vítima: CAUA VITOR MONTEIRO DE ASSUNCAO

CPF: 164.980.024-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/04/2019

Titular do CPF: CAUA VITOR MONTEIRO DE ASSUNCAO

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

CAUA VITOR MONTEIRO DE ASSUNCAO : 164.980.024-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/10/2019
Nome: CAUA VITOR MONTEIRO DE ASSUNCAO
CPF: 164.980.024-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

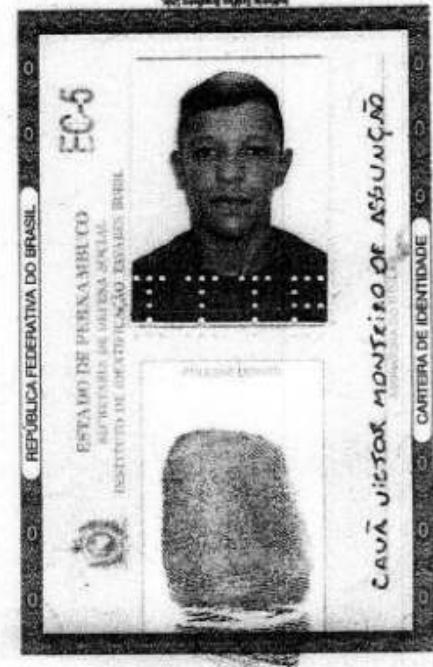
CAUA VITOR MONTEIRO DE ASSUNCAO

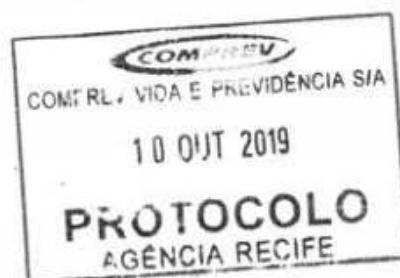
JONATAN BARBOSA DE BARROS



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 14:02:08
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070614020881500000063028793>
Número do documento: 20070614020881500000063028793

Num. 64216544 - Pág. 50







Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 14:02:08
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070614020881500000063028793>
Número do documento: 20070614020881500000063028793

Num. 64216544 - Pág. 53

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190577883 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CAUA VITOR MONTEIRO DE **Data do acidente:** 19/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS
ASSUNCAO S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE OMBRO E COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. PAG 1

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG 1 DE 19/04/2019 DR. JOSE PATRIOTA CRM 5312.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190577883 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CAUA VITOR MONTEIRO DE **Data do acidente:** 19/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS
ASSUNCAO S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE OMBRO E COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. PAG 1

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG 1 DE 19/04/2019 DR. JOSE PATRIOTA CRM 5312.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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





HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: CAUA VICTOR MONTEIRO DE ASSUNCAO Atendimento: 502233 Prontuário:
 Data Nasc.: 21/05/2003 Idade: 15 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
 CPF: RG: CNS:
 Endereço: RUA TESSEIRA G VILA TEMOSA Nº: 22
 Bairro: VASSORAL Cidade: CARUARU Estado: PE
 CEP: 55024000 Fone: 991044753 Profissão:
 Nome da Mãe: ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO
 Acompanhante:
 Motivo do Atendimento: ATT COM AUTOMOVEL
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

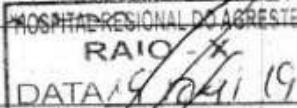
2 - ATENDIMENTO

Data: 19/04/2019 06:08

• **Médico: MEDICO PLANTONISTA**

Queixa Principal / HDA: *psicóloga vir as sombras com
mestres n'acordos n'bicicletas h' o dia
n'ego fura o consenso da + dobra
e aí aí*

Diag. Provisório:



Presentación

Dieta: Almuerzo

Data

Dieta

Horário

contar + cronar no anexo 10.10.2018

falls genüge erlaubt werden
Schrift & Orientierung zu den

Present x Orientated + No confusion

COM R. VIDA E FAZIDÊNCIA

10 OUT 2010

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

1 de 2





HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Name: _____ RG: _____

Endereço: _____ **Telefone:** _____

Data: / /

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ **Tel.:** _____

Procedimento:

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido

Transferência: Internamento Internamento

Condicão de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Ótimo

Date: 19, V, 00

Hours Minutes

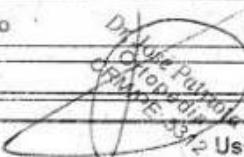
GBM

19/04/2019 06:09:15

19/04/2024

• Usuário do Atendimento

JOSEFAAS





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 14:02:08
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070614020881500000063028793>
Número do documento: 20070614020881500000063028793

Num. 64216544 - Pág. 58



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

C E R T I D Ã O

Certidão nº 2019GB2000032 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO , 16 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 9467982 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº , residente à TERCEIRA TRAVESSA G, nº 32, , VILA TEIMOSA, CARUARU-PE, certificar que este 2º Grupamento de Bombeiros atendeu a uma ocorrência no dia 19/04/2019, por volta das 05:16 hs, no endereço: DISTRITO RAFAEL - BR 104, S/N, ZONA RURAL CARUARU-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo O VEÍCULO ENVOLVIDO NO ATROPELAMENTO NÃO FOI IDENTIFICADO PELA GUARNIÇÃO DO CBMPE.

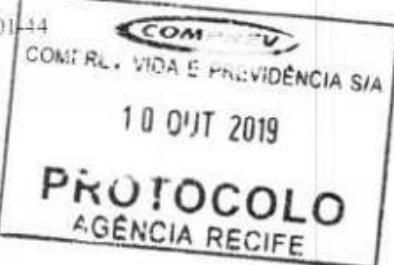
QUANDO A GUARNIÇÃO CHEGOU AO LOCAL DO ACIDENTE, O VEÍCULO ENVOLVIDO NÃO ESTAVA MAIS NO LOCAL., no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO, inscrito sob o CPF nº e Registro Geral nº 9467982, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do 2º Grupamento de Bombeiros, comandada pelo(a) CABO IZAÍAS. Foi transportado(a) para o HOSPITAL REGIONAL DO AGreste. Registrado(a) com o prontuário nº 337221. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / 2ºGB.

Posição em 24/05/2019

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site
<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019GB2000032*

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 14:02:08
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070614020881500000063028793>
Número do documento: 20070614020881500000063028793

Num. 64216544 - Pág. 59



NOTA FISCAL > FATURA > CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE
ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA:
TV-3 (G-32) VILA TEIXEIRA.

OPF 092 028 064-10 NIS 16077922516

CENTRO C. CARUARU
CARUARU/PE
56026-323

CLASSIFICAÇÃO
E1 RESIDENCIAL
PARA VENDA COM N.R.

004-2019-32-3
0156449032 08/2019
13/08/2019 04/09/2019
TOTAL A PAGAR 286 22,89

DESCRICAo DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PRECO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30 (3000000)	0,38124000	5,73
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	34 (3000000)	0,32754000	11,14
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,06
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,21
Contribuição Pública Municipal			4,47
Multa por atraso-NF 080875089 - 07/05/18			0,39
Juros por atraso-NF 080875089 - 07/05/18			0,33
Acrescimo IPI-NF 080875089 - 07/05/18			0,24

TOTAL DA FATURA 22.89

INTERAGIÇÕES IMPORTÂNTES: Pode haver efeitos adversos devido ao uso combinado de ibuprofeno e álcool. O álcool pode aumentar o efeito anti-inflamatório do ibuprofeno. Pode haver efeitos adversos devido ao uso combinado de ibuprofeno e medicamentos que contenham aspirina. Pode haver efeitos adversos devido ao uso combinado de ibuprofeno e medicamentos que contenham acetaminofeno. Pode haver efeitos adversos devido ao uso combinado de ibuprofeno e medicamentos que contenham naproxeno. Pode haver efeitos adversos devido ao uso combinado de ibuprofeno e medicamentos que contenham diclofenaco. Pode haver efeitos adversos devido ao uso combinado de ibuprofeno e medicamentos que contenham ibuprofeno.

ATENÇÃO: NÃO USE OS ÍCONES DA CIMA QUANDO VOCÊ ROUBAR CONTAS EM ARRESTO.

RECEIVED U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE 1944 7-16-44 10-1254

Este comando crea una lista que contiene los nombres de los usuarios que tienen una cuenta publica. Como se mencionó anteriormente, para obtener el nombre de usuario de un usuario que tiene una cuenta pública, se debe hacer uso de la query `getUserNameFromAddress` en el contrato de `IAccount`. La ejecución de este comando se muestra en la figura 10.10, donde se observa que el resultado es una lista de nombres de usuarios.

SURAKSA X PRODUKSI DAN PERTAMBANGAN

CARREGAMENTO	VALOR MENSAL	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
SDP	0,00	0,00	0,00	0,00
PIU	0,00	0,00	0,00	0,00
GWRE	0,00	2,00	0,00	0,00

Linha DCOM 12-22 (0,00) - Valor do Encargos de Uso da Infraestrutura de Comunicação + R\$0,00

0156449032 06/2019 13/08/2019 22,0 838000000000 8 22880011000 0 15644903210 0 14132331943-6

A standard linear barcode is positioned horizontally across the page, centered below the ISBN number. It encodes the same information as the ISBN: 9780140455030.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 14:02:08
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007061402088150000063028793>
Número do documento: 2007061402088150000063028793

Núm. 64216544 - Pág. 60