
Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200219941

Vítima: ELISANGELA MIRANDA DA SILVA

Data do Acidente: 21/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELISANGELA MIRANDA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200219941

Vítima: ELISANGELA MIRANDA DA SILVA

Data do Acidente: 21/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELISANGELA MIRANDA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ELISANGELA MIRANDA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001295

Conta: 0000017439-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200219941

Vítima: ELISANGELA MIRANDA DA SILVA

Data do Acidente: 21/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELISANGELA MIRANDA DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 13/07/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: **054.478.304-34** 4 - Nome completo da vítima: **ELIZANGELA MIRANDA DA SILVA LUCENA**

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

5 - Nome completo: **ELIZANGELA MIRANDA DA SILVA LUCENA** 6 - CPF: **054.478.304-34**
7 - Profissão: **REC. INF.** 8 - Endereço: **RUA EDILMA LUCENA LOT. V. 7** 9 - Número: **99** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **CENTRO** 12 - Cidade: **SURUBIM** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55750-000**
15 - E-mail: **11** 16 - Tel. (DDD): **19119.9136-3907**

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **1295** CONTA: **17439** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (a) civil ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data da morte da vítima: _____
25 - Gênero do beneficiário: 26 - Se a vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informe o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informe vivos: falecidos: 30 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informe vivos: falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **SURUBIM, 18 DE JUNHO DE 2020.**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (decedente): **Elizangela Miranda da Silva**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 16ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - LIMOEIRO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0047001511**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/06/2020** às **15:48**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **21/1/2020** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, RUA EDILMA DE LUCENA, SÃO SEBASTIÃO -**
Bairro: **CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HÁ (AUTOR / AGENTE)
ELISANGELA MIRANDA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ELISANGELA MIRANDA DA SILVA**

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

ELISANGELA MIRANDA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: LENILDA MIRANDA DA SILVA Pai: NIVALDO PAULINO DA SILVA Data de Nascimento: 18/7/1983 Naturalidade: SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6478744/SDS/PE (RG), 05117830431 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: DO LAR Telefones Fixos: 81995098729

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 99, EDILMA DE LUCENA, SÃO SEBASTIÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO HÁ - Ramo de Atividade: **NÃO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTONETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ELISANGELA MIRANDA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ELISANGELA MIRANDA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA/BIZ 125+** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PEK3686 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011**

Descrição: **HONDA BIS 125 ES**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA A SRA. ELISANGELA QUE AFIRMA QUE NO DIA 21/01/2020, PELA MANHÃ, ESTAVA TRAFEGANDO DE MOTOCICLETA NA RUA EDILMA DE LUCENA NA SUA MOTOCICLETA, QUANDO SE DESEQUILIBROU E CAIU DA MOTO, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA IMEDIATAMENTE PARA O HOSPITAL SÃO LUIS EM SURUBIM. O ACIDENTE RESULTOU EM UMA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO, A QUAL FOI SUBMETIDA A UMA CIRURGIA NO DIA 22/02/2020 PARA COLOCAR UMA PLACA E PARAFUSOS, CONFORME LAUDO EXPEDIDO PELO DR. ROBERTO DO NASCIMENTO MATEUS. SENDO ASSIM, A VÍTIMA PROCUROU ESTA DELEGACIA DE POLICIA PARA REGISTRAR O FATO.

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

ELISANGELA MIRANDA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por:  Yasmim da Silva Souza - Matrícula: 3997707

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: **054.478.304-34** 4 - Nome completo da vítima: **ELIZANGELA MIRANDA DA SILVA LUCENA**

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

5 - Nome completo: **ELIZANGELA MIRANDA DA SILVA LUCENA** 6 - CPF: **054.478.304-34**
7 - Profissão: **REC. INF.** 8 - Endereço: **RUA EDILMA LUCENA LOT. V. 7** 9 - Número: **99** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **CENTRO** 12 - Cidade: **SURUBIM** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55750-000**
15 - E-mail: **11** 16 - Tel. (DDD): **19119.9136-3907**

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **1295** CONTA: **17439** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (a) civil ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Gênero do beneficiário: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informe o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informe Vivos: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informe Vivos: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **SURUBIM, 18 DE JUNHO DE 2020.**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELISANGELA MIRANDA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01295

CONTA: 000000017439-4

Nr. da Autenticação 6E7C8FB7B688C23C

ATENDIMENTO: RUA HARTO ESTANISLAU - NUN - 00005 - SÃO LUIS
 TIPO: SURUBIM PE 55750-000

DADOS DO CLIENTE: LINDENBERG AGOSTINHO DE LUCENA MATRICULA: 103861149
 R EDILMA LUCENA - LOT. V T, N. 00099 - CENTRO SURUBIM PE 55750-000
 INSCRIÇÃO: 145.720.824.0310-000 GRUPO 14 DEB AUTOMATICO: 103861149

SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	
			COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A13U137753	DATA LEIT ANTERIOR 08/11/2019	DATA LEIT. ATUAL 09/12/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL	

AGUA:
 LEIT ANT: 314 CONSUMO: 12
 LEIT ATU: 326
 LEIT FAT: 326

HISTORICO DE CONSUMO

REFERENCIA	CONSUMO
0/2019	12
9/2019	18
8/2019	16
7/2019	11
6/2019	13
5/2019	09
MEDIA:	13

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT MS 2.914/11	ANALISES REALIZ	ATENDE A LEI
TURBIDEZ	60	66	66
COR APARENTE	60	66	66
CORO RESIDUAL	60	66	66
COLIF. TOTAIS	60	66	66
E. COLI	60	66	66

Qualidade de Água: www.compea.com.br

OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

ESCRITAÇÃO DOS SERVIÇOS

SUA	CONSUMO	TOTAL (R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 44,08 POR UNIDADE	10 M3	44,08
11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,05 POR M3	2 M3	10,10
MULTA P/IMPONTUALIDADE 10/2019		1,08
DIAS DE MORA 07/2019 08/2019		1,29



Rua Sód de Fieglia 55/line Cód. - pela Ld 14/48, do 26/04/02

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife-PE CEP 50040-952
CNPJ 10.048.032/0001-00, Juro EOI 001541-83 / www.cepe.com.br

DATA DE EMISSÃO

ENDEREÇO DE ENTREGA DO PRODUTO

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERREIRAS

RUA LUIZ ELA 181A 270

CPF 345.734.444-04

CENTRO CUR. BIN
SULAM FE
55755-000

CLASSIFICAÇÃO

BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Módulo

08/12/2009 UNICA 07/01/2020

07/01/2020 201166026 2763009

QUANTIDADE PREÇO UNIT. VALOR UNIT.

Consumo Alim (kWh) - TUSO	EM 09/0000	14,385615	42,77
Consumo Alim (kWh) - TE	98,000000	0,5475625	53,51
Acrescimo Base (kWh) - AJUSTE			1,38
Contrib. Imp. (kWh) - SUSTENÇÃO			5,48
IMPOSTOS (kWh) - C.T.B.M. 107922547-07/01/20			0,74

TOTAL DA FATURA

PROD	PRODOR	TIPO DA FATURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	MPR DVS	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
10014	142	10-12-2009	20-09-10	07-01-2020	2763009	38	1,2000			2010

PROD	PRODOR	TIPO DA FATURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	MPR DVS	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
10014	142	10-12-2009	20-09-10	07-01-2020	2763009	38	1,2000			2010

Para a centralização de dados e informações, consulte o site: www.cepe.com.br.
O site contém informações sobre a qualidade do serviço, tarifas, condições de uso e demais informações de interesse dos clientes.
A centralização de dados e informações é realizada pela Companhia Energética de Pernambuco (CEPE) e não pela concessionária de energia elétrica.
A centralização de dados e informações é realizada pela Companhia Energética de Pernambuco (CEPE) e não pela concessionária de energia elétrica.

PROD	PRODOR	TIPO DA FATURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	MPR DVS	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
10014	142	10-12-2009	20-09-10	07-01-2020	2763009	38	1,2000			2010

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu ADRIANA M. M. DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ELIZANGELA MIRANDA DA SILVA LUCENA inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.178.304 / 31, do sinistro de DPVAT cobertura INVA LIDEZ da Vítima ELIZANGELA MIRANDA DA SILVA LUCENA inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.178.304 / 31, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>RUA JOÃO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) <u>18119.9461-3907</u>	Telefone celular (DDD) <u>18119.9700.1998</u>

SURUBIM, 18 de JUNHO de 2020.

Local e Data

Adriana M. M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante



ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA DE SURUBIM
Rua Maria Barbosa S/Nº - Centro, Surubim - PE
Fone: 81 - 36341624 Fax: 3634 1461
CNPJ 11.754.025/0001-05
E-mail: apamisurubim@terra.com.br

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que ELISANGELA MIRANDA DA SILVA , deu entrada neste serviço no dia 21/01/2020, após queda de moto , feito atendimento em seguida encaminhada para Avaliação com Ortopedista, conforme consta em prontuário de nosso arquivo .

Surubim, 17 de junho de 2020.


Adriana Olivia Cabral
Funcionária Encarregada.

HOSPITAL SÃO LUIZ - APAMI SURUBIM
FICHA DE ATENDIMENTO DE URGENCIA/EMERGÊNCIA

Atendimento: 120/10970

Data: 21/01/2020 08:32

Recep: JOAO PAULO

Convênio: SUS

Matrícula:

Setor: URGENCIA/EMERGENCIA

Médico: ARLINDO LAUDEMIRO

Cartão SUS:

Registro: 3833

Prontuário: 3833

Paciente: ELISANGELA MIRANDA DA SILVA

Cor: Parda

Nascimento: 16/07/1983 - Idade: 36 anos

Sexo: Feminino

Endereço: RUA ALMIRANTE ANTONIO HERACLIO

Nº

C.P.F.

Bairro: SAO SEBASTIAO

Cep: 55750-000 Identidade: /

IBGE/Cidade: SURUBIM

UF: PE

Telefone: 36342093

Pai: NIVALDO PAULINO DA SILVA

G. Instrução:

Mãe: LENILDA MIRANDA DA SILVA

Naturalidade: SURUBIM-PE

Est. Civil: Solteiro(a)

OBS:

Anamnese e Exame Sumário:

Queixa de dor no abdome
(Tórax e Esquerdo)

Exames Complementares:

Solicitado Rx de Tórax e Esquerdo

Hip Diagnóstica /Cid:

Prescrição/Tratamento:

Rx evidenciou Fratura
Examinado ao ortopedista

Reavaliação:

Materiais Usados:

Assinatura
Médico
CRM 28638

Assinatura e Carimbo do Médico

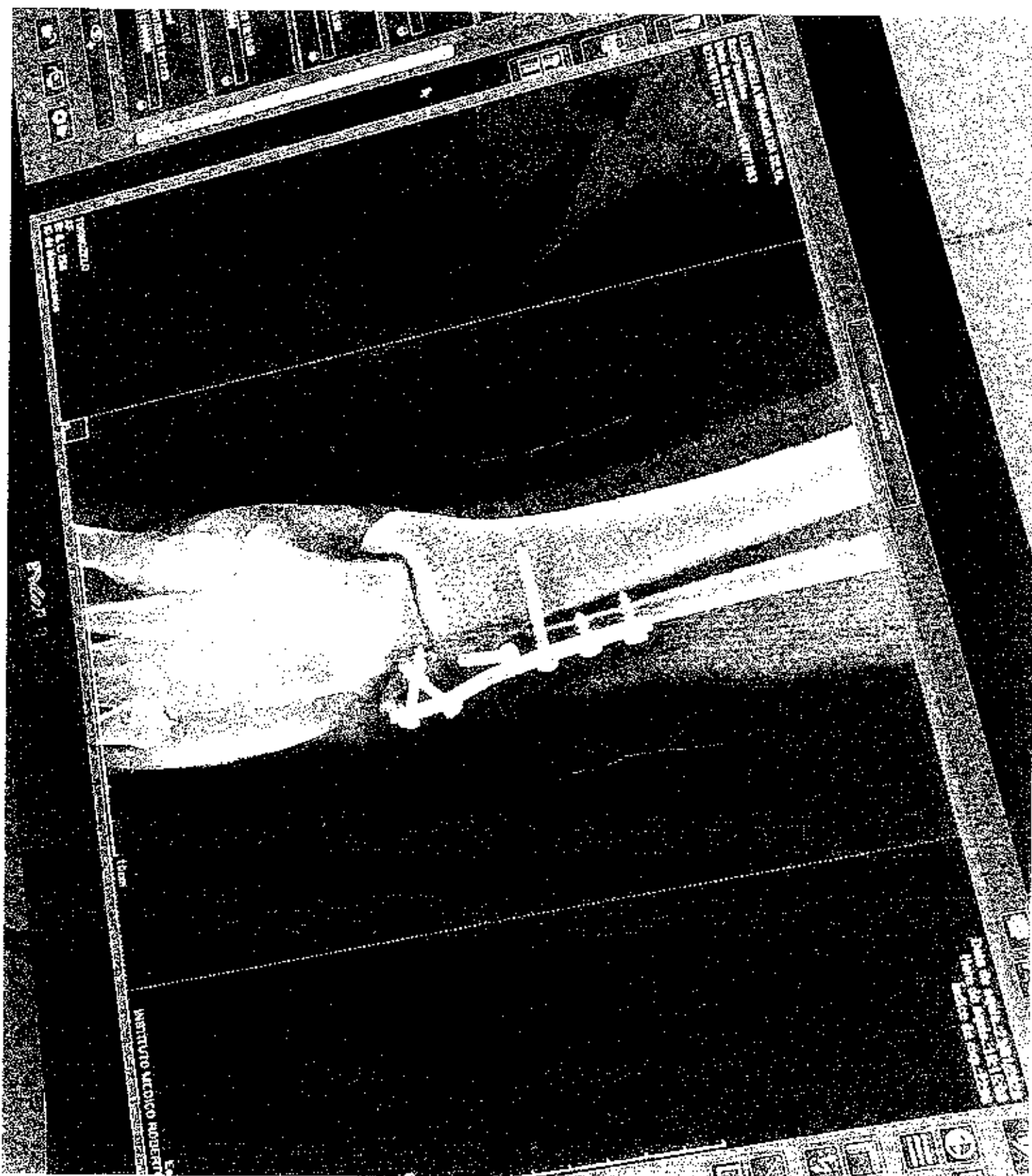
RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o Sr. **ELISÂNGELA MIRANDA DA SILVA**, 36 anos, foi vítima de acidente de trânsito (queda de moto) em 21 de janeiro de 2020 que resultou em fratura-luxação do tornozelo esquerdo. Foi submetido à osteossíntese cirúrgica com placa e parafusos em 22 de janeiro de 2020. Encontra-se em fase de reabilitação funcional, com boa consolidação óssea, porém ainda com edema e limitação funcional no tornozelo esquerdo.

Surubim, 3 de março de 2020
12:58:36

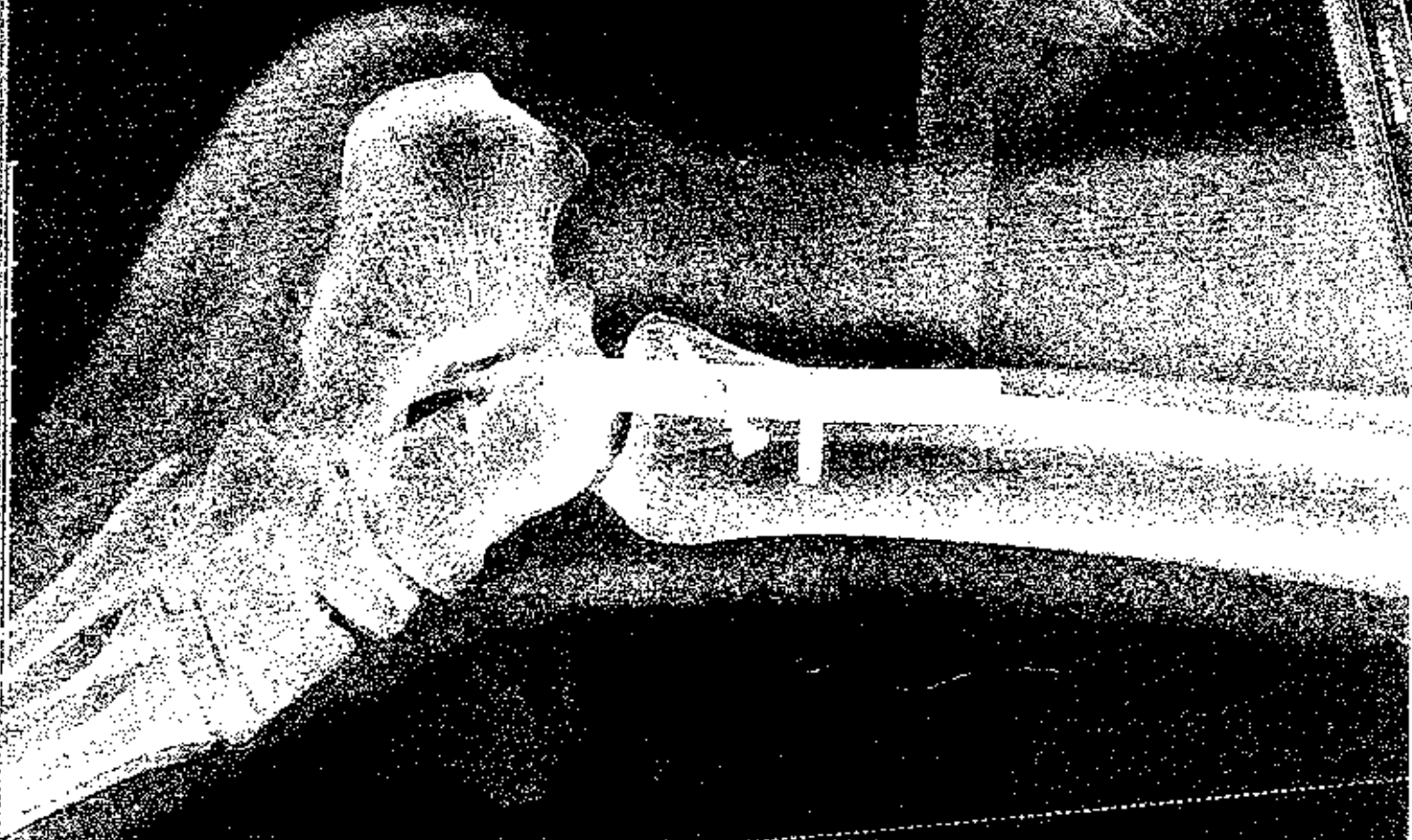
ROBERTO MATEUS
ORTOPEDIA
CRM 11695

ROBERTO DO NASCIMENTO MATEUS – CREMEPE: 11695.



100-10-2011
100-10-2011

FORMAÇÃO
Linha
E-201.1.3
10-10-2011



INSTITUTO MEDICO ROBERTO MATT
Espaço:



[illegible]

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



NOME

ELISANGELA MIRANDA DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
6478744 SDS PE

CPF
051.178.304-31

DATA NASCIMENTO
16/07/1983

FILIAÇÃO
NIVALDO PAULINO DA SILVA
VA
LENILDA MIRANDA DA SILVA
VA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
A.D.

Nº REGISTRO

04617842426

VALIDADE

14/03/2024

1ª HABILITAÇÃO

16/04/2009

OBSERVAÇÕES

Elisangela Miranda da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

BURURUPIM, PE

DATA EMISSÃO

14/03/2019

Roberto Carlos Moreira Fontelles
Roberto Carlos Moreira Fontelles
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

20640367611
PE091296340

PERNAMBUCO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENOVAM. DATA DE VENCIMENTO
1 333453956 2019

NOME
LINDEMBERG ACOUSTENHO DE LUCENA

SURUEIN - PE 0

PLACA 2019

COMBUSTÍVEL
ALCO/GASOL

ANOMINAR 12 2011

22/12/2011

1	TPV 2019 QUITADO	14.841,00
P	FAIXA 1/2A	2.000,00
V	PARCELAMENTO 1/2A	3.000,00
A		

PREMIO UNIFARIO (R\$) 80.11 PREMIO TOTAL (R\$) 2.02 841,00 DATA DE PAGAMENTO 08/02/19

SEM RESERVA

Assinado por: *[Assinatura]* DATA 15/05/19

SECRETARIA DE TRANSPORTES E TRÁFICO

INTERIOR DE PE

DETRAN

DETRAN

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0170379/20

Vítima: ELISANGELA MIRANDA DA SILVA

CPF: 051.178.304-31

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/01/2020

Titular do CPF: ELISANGELA MIRANDA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

ELISANGELA MIRANDA DA SILVA : 051.178.304-31

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: 19/06/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/06/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200219941 Data da solicitação: 08/07/2020
Nome do beneficiário: ELISANGELA MIRANDA DA SILVA CPF do beneficiário: 051.128.304
Nome do solicitante: _____ CPF do solicitante: _____

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99700.1998 Tel. Comercial: (____) _____ Tel. Residencial: (____) _____
E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☒ NÃO ☐ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:
☐ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☐ Outros: _____ (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Solicito que seja REANALIZADO O PROCESSO POLÍGRI-
FRATURA, fiz todo tratamento médico e mesmo assim
me encontro com sequelas graves e foi liberado
para mim um valor muito inferior ao que tenho
direito e não fui submetida a pericia médica,
pelo que seja verificada as minhas sequelas.

SUAUBIM, 08/07/2020
Local e Data
Elisângela Miranda da Silva Lourenço
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Após de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido no Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200219941 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELISANGELA MIRANDA DA SILVA **Data do acidente:** 21/01/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.2(BAM) P.3(RELATÓRIO) P.4-6(IMAGEM) CONFORME RELATÓRIO DO MÉDICO ROBERTO DO NASCIMENTO MATEUS (CRM/PE 11695) DO DIA 03/03/2020.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

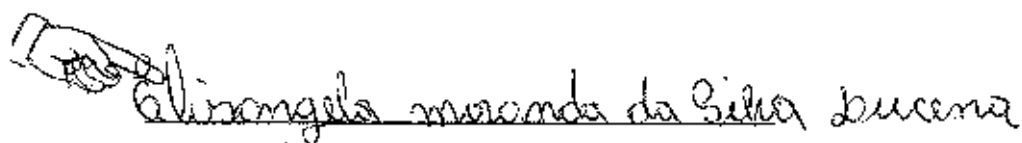
NOME: ELIZANGELA MIRANDA DA SILVA LUCENA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 6.478.744 SDS/PE CPF: 051.178.304-31
DATA DO ACIDENTE: 21/01/2020
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: ELIZANGELA MIRANDA DA SILVA LUCENA
ENDEREÇO: RUA EDILMA LUCENA LOT.V.T Nº99, CENTRO, SURUBIM-PE

OUTORGADO

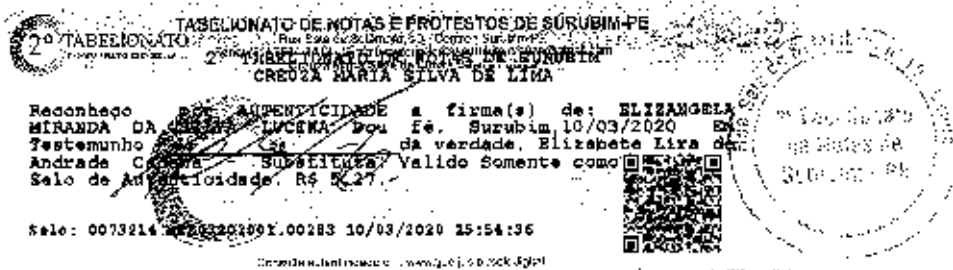
NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE CPF: 945.234.444-04
ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA.

SURUBIM- PE 10 DE MARÇO DE 2020


Elizangela Miranda da Silva Lucena

ASSINATURA DO OUTORGANTE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0170379/20

Vítima: ELISANGELA MIRANDA DA SILVA

CPF: 051.178.304-31

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/01/2020

Titular do CPF: ELISANGELA MIRANDA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

ELISANGELA MIRANDA DA SILVA : 051.178.304-31

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: 19/06/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/06/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0170379/20

Número do Sinistro: 3200219941

Vítima: ELISANGELA MIRANDA DA SILVA

CPF: 051.178.304-31

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELISANGELA MIRANDA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

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: 08/07/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/07/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos