



Número: **0033692-55.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 24ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ELISANGELA MIRANDA DA SILVA (AUTOR)		EWEERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66512125	18/08/2020 15:01	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 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

Carta nº 15875231





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, 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





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, 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

Pag. 00807/00808 - carta_09 - INVALIDEZ



Carta nº 15936710





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 AS: 3 - CPF da vítima: 054.178.304-31 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: 054.178.304-31
7 - Profissão: REC INE 8 - Endereço: RUA EDILMA LUCENA LOT. V. T 9 - Número: 99 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 9.9136-3907

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: ☒ RECUSO 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 4 AGÊNCIA: CONTA:

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 esta 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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 de 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 de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme a disposto na Lei nº 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (na civil) ☐ Divorçado ☐ Separação judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data da morte da vítima: _____
25 - Gênero do processo com a vítima: 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, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou parente/parentes? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte dos únicos 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 - Assinatura do segurado: _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a cargo): _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a cargo): _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a cargo): _____

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

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

+ Elizangela Miranda da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (ocorrente)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



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, SAO SEBASTIAO -**
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: 16/7/1983 Naturalidade: SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6478744/3DS/PE (RG), 05117830431 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: DO LAR Telefones Fixos: - 81995098729

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 99, EDILMA DE LUCENA, SAO SEBASTIAO - 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 BIZ 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:  Yasmin 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 AS: 3 - CPF da vítima: 054.178.304-31 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: 054.178.304-31
7 - Profissão: REC. INE 8 - Endereço: RUA EDILMA LUCENA LOT. V. T 9 - Número: 99 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 1819.9136-3907

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: ☒ RECUSO 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 POUPOANÇA (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 4 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a consultar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tenho direito, reconhecendo e dando, desde já, 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 esta 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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 de 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 de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (na civil) ☐ Divorçado ☐ Separação judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data da morte da vítima: _____
25 - Gênero do processo com a vítima: 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, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou residência/parceira? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte dos únicos 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 - Assinatura de quem assina a pedido (a cargo):
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a cargo):
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a cargo):
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a cargo):

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

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

+ Elizangela Miranda da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (ocorrente)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

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 MARIO ESTANISLAU - MUNICÍPIO: SÃO JERÔNIMO
Cidade: SÃO JERÔNIMO - PE 55750-000

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 103861140 NOV/2019	
LINDENBERG AGOSTINHO DE LUCENA			
R. EDILMA LUCENA - LOT. V. T. N. 00099 - CENTRO - SÃO JERÔNIMO - PE 55750-000			
INSCRIÇÃO: 145.720.824.0310-000 GRUPO 14 DEB AUTOMÁTICO: 103861140			
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDROMETRO A13U137751	DATA LEIT. ANTERIOR 08/11/2019	DATA LEIT. ATUAL 09/12/2019	TIPO DE CONSUMO (AVE) RFAI

ÁGUA:

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

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA	CONSUMO	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENÇÃO A 1111
0/2019	12				
9/2019	18	TURBIDEZ	60	66	66
8/2019	16	COR APARENTE	60	66	66
7/2019	11	CORO RESIDUAL	60	66	66
6/2019	13	COLIF. TOTAIS	60	66	66
5/2019	09	E. COLI	60	66	66
MÉDIA:	13				

Qualidade de Água: www.csp.sp.gov.br

MS: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
DOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
DOS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
SOCIAIS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA	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
MULTAS DE HORA 07/2019 08/2019		1,29



Rua Sódia de Figueira Brilhante, 14-438, do 2º andar
 Caixa Postal 10.000-000, Foz de Iguaçu, Paraná
 CEP 10.000-000, Foz de Iguaçu, Paraná
 CNPJ 08.000.000/0001-00, Fone: 051 3015.0000, www.energia.com.br

ENDEREÇO DO CLIENTE
 ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERREIRA
 RUA ATACOLTA 181A 370
 CEP 84629-444-04
 CENTRO/CUR: BIN
 SURUBIM PE
 55750-000

011258803 UNICA 07/01/2020
 07/01/2020 2011160005 07/03/2020

0005740008 01/2020
 0005740008 01/2020

CONSUMO	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
Consumo Ativo (kW/h) - US	88,000000	0,4785816	42,77
Consumo Ativo (kW/h) - TE	98,000000	0,2475625	24,26
Consumo Ativo (kW/h) - AQUELA			1,38
Consumo Ativo (kW/h) - SUELO			3,48
Consumo Ativo (kW/h) - SUELO			0,70

PROD	TIPO DA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	APRO	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO (kW/h)
10014	CC	06/12/2019	26.457,0	07/01/2020	26.457,0	38	1,0000		26,46

PERÍODO	TIPO DA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	APRO	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO (kW/h)
01/01/2020	CC	01/01/2020	26.457,0	01/01/2020	26.457,0	38	1,0000		26,46
02/01/2020	CC	02/01/2020	26.457,0	02/01/2020	26.457,0	38	1,0000		26,46
03/01/2020	CC	03/01/2020	26.457,0	03/01/2020	26.457,0	38	1,0000		26,46
04/01/2020	CC	04/01/2020	26.457,0	04/01/2020	26.457,0	38	1,0000		26,46
05/01/2020	CC	05/01/2020	26.457,0	05/01/2020	26.457,0	38	1,0000		26,46
06/01/2020	CC	06/01/2020	26.457,0	06/01/2020	26.457,0	38	1,0000		26,46
07/01/2020	CC	07/01/2020	26.457,0	07/01/2020	26.457,0	38	1,0000		26,46
08/01/2020	CC	08/01/2020	26.457,0	08/01/2020	26.457,0	38	1,0000		26,46
09/01/2020	CC	09/01/2020	26.457,0	09/01/2020	26.457,0	38	1,0000		26,46
10/01/2020	CC	10/01/2020	26.457,0	10/01/2020	26.457,0	38	1,0000		26,46
11/01/2020	CC	11/01/2020	26.457,0	11/01/2020	26.457,0	38	1,0000		26,46
12/01/2020	CC	12/01/2020	26.457,0	12/01/2020	26.457,0	38	1,0000		26,46

FOLHA DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA - FOLHA DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA
 O consumidor deve manter esta folha em seu arquivo pessoal, para fins de controle de consumo e para fins de controle de consumo.

PERÍODO	TIPO DA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	APRO	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO (kW/h)
01/01/2020	CC	01/01/2020	26.457,0	01/01/2020	26.457,0	38	1,0000		26,46
02/01/2020	CC	02/01/2020	26.457,0	02/01/2020	26.457,0	38	1,0000		26,46
03/01/2020	CC	03/01/2020	26.457,0	03/01/2020	26.457,0	38	1,0000		26,46
04/01/2020	CC	04/01/2020	26.457,0	04/01/2020	26.457,0	38	1,0000		26,46
05/01/2020	CC	05/01/2020	26.457,0	05/01/2020	26.457,0	38	1,0000		26,46
06/01/2020	CC	06/01/2020	26.457,0	06/01/2020	26.457,0	38	1,0000		26,46
07/01/2020	CC	07/01/2020	26.457,0	07/01/2020	26.457,0	38	1,0000		26,46
08/01/2020	CC	08/01/2020	26.457,0	08/01/2020	26.457,0	38	1,0000		26,46
09/01/2020	CC	09/01/2020	26.457,0	09/01/2020	26.457,0	38	1,0000		26,46
10/01/2020	CC	10/01/2020	26.457,0	10/01/2020	26.457,0	38	1,0000		26,46
11/01/2020	CC	11/01/2020	26.457,0	11/01/2020	26.457,0	38	1,0000		26,46
12/01/2020	CC	12/01/2020	26.457,0	12/01/2020	26.457,0	38	1,0000		26,46



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:

<https://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=25636>

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 INVALIDEZ 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>1819.9461.3907</u>	Telefone celular (DDD) <u>1819.9400.1498</u>

SURUBIM, 18 de JUNHO de 2020.

Local e Data

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

DLDR1.001 V001/2017





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
Convênio: SUS Matrícula:
Médico: ARLINDO LAUDEMIRO

Recep: JOAO PAULO
Setor: URGENCIA/EMERGENCIA
Cartão SUS:

Registro: 3833

Paciente: ELISANGELA MIRANDA DA SILVA

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

Endereço: RUA ALMIRANTE ANTONIO HERACLIO

Bairro: SAO SEBASTIAO

IBGE/Cidade: SURUBIM

Pai: NIVALDO PAULINO DA SILVA

Mãe: LENILDA MIRANDA DA SILVA

Est. Civil: Solteiro(a)

Prontuário: 3833

Cor: Parda

Sexo: Feminino

C.P.F. -

Nº -

Cep: 55750-000 Identidade: /

UF: PE

Telefone: 36342093

G. Instrução:

Naturalidade: SURUBIM-PE

OBS:

Anamnese e Exame Sumário:

Queixa de dor no M.I.C.
(Tornozelo Esquerdo)

Exames Complementares:

Solicitada Rx de Tornozelo Esquerdo

Hip Diagnóstica /Cid:

Prescrição/Tratamento:

Rx evidenciou Fratura
Exatíssima no art. 1.º distal

Reavaliação:

Materiais Usados:

Turibio Assis
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.

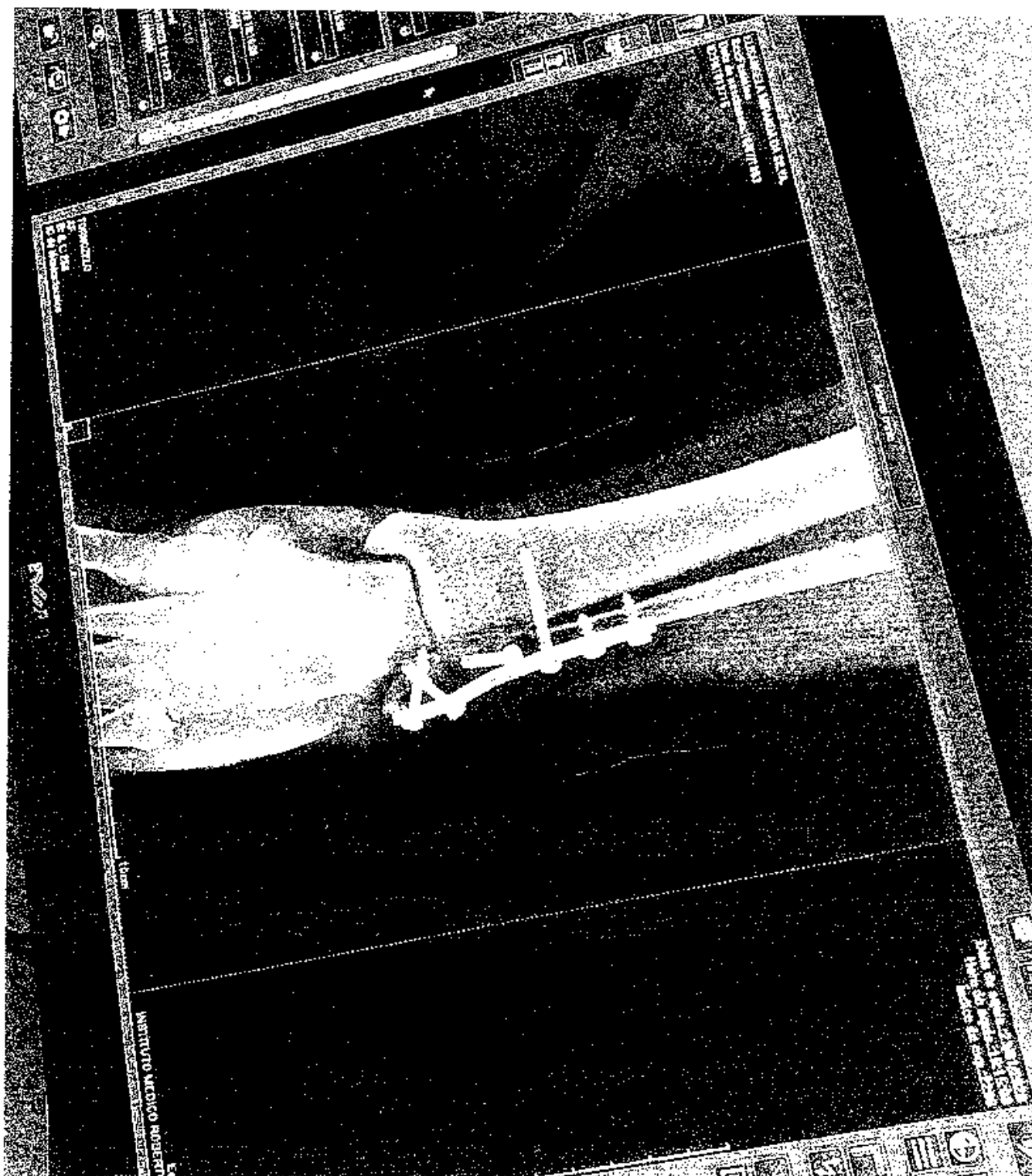
Surubim, 3 de março de 2020
12:58:36

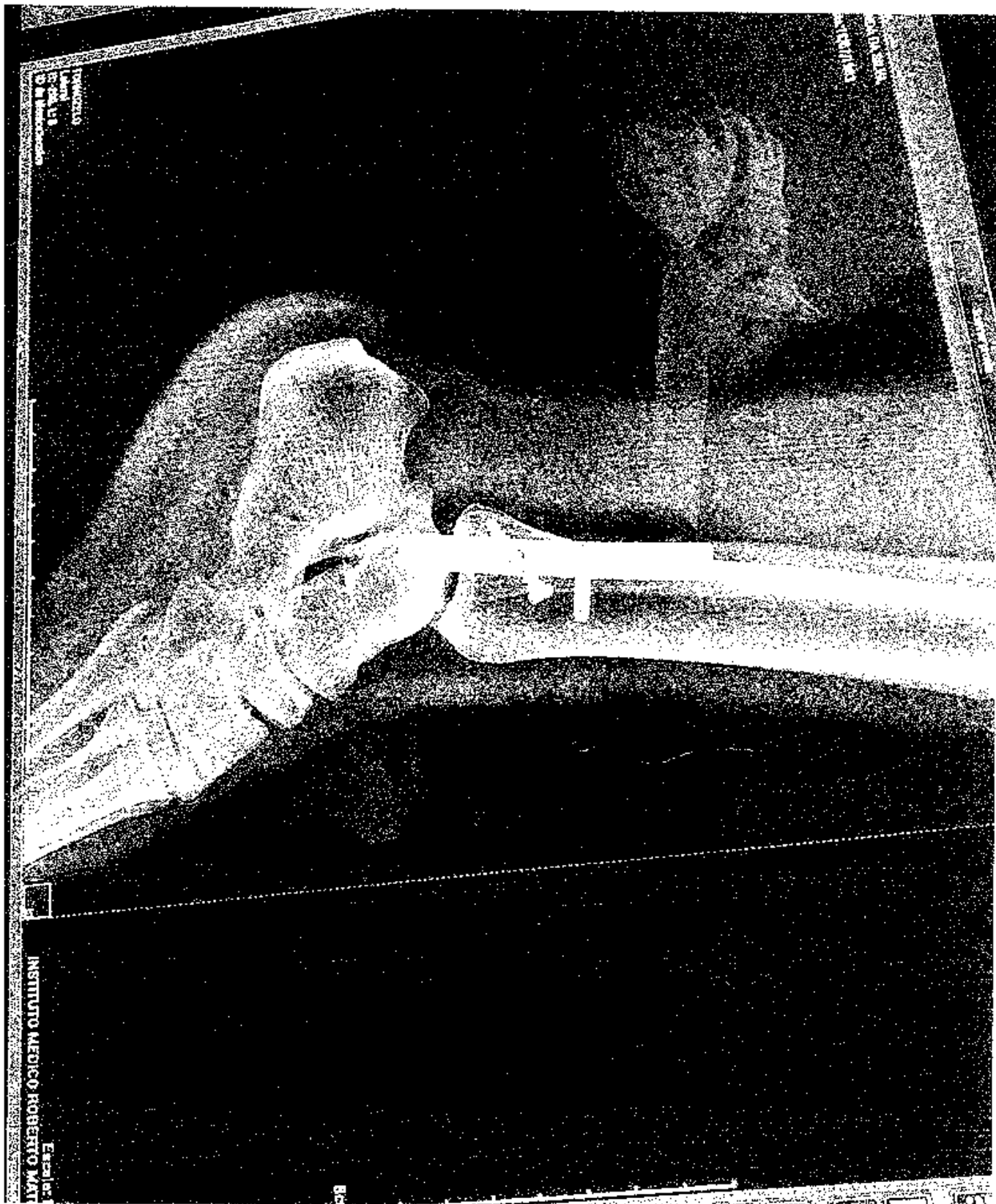
ROBERTO MATEUS
ORTOPEDIA
CRM 11695

ROBERTO DO NASCIMENTO MATEUS – CREMEPE: 11695.

Rua Antônio Medeiros Sobrinho, 10
Cabaceira - Surubim
Fones: (81) 3634.1890 / 3634.1891
www.institutorobertomateus.com.br







INSTITUTO
MEDICO
ROBERTO MATTOS

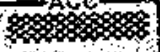
INSTITUTO MEDICO ROBERTO MATTOS







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

	NOME ELISÂNGELA 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. AD
Nº REGISTRO 04617842426		VALIDADE 14/03/2024	1ª HABILITAÇÃO 16/04/2009

OBSERVAÇÃO

Elisângela Miranda da Silva

ASSINADO PORTADOR

LOCAL SURUBIM, PE	DATA EMISSÃO 14/03/2019
-----------------------------	-----------------------------------

Roberto Fontelles
Roberto Carlos Monteiro Fontelles
Diretor Presidente

ASSINATURA EMISSOR

PERNAMBUCO

20540367611
PE091296340



DEFINITION

2013年12月25日

NOTES

DATE - 01/01/2000

2024年5月25日

5045

- 56 -

LINDENBERG RECORTES DE LUCENA

STUDIES IN

22

44-38861-2049

THE

COMBUSTIVE

ALCO/GA 931

NO 10-1908-12346

•

12-53-1

50-10421-100

CONFIDENTIAL

2017年12月

1578R 2019 QVIT100

THEORY

• **Future**

1

1

FAIRPLAY

PACELYN® COKE

... ..

சென்னை நகராட்சி நிர்வாகப் பேரவை

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

ACKNOWLEDGMENTS

QATA DE FRAGMENTO

87-031

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

25149

08/02/78

References

DISCUSSION

— DAY —

ACKNOWLEDGMENTS

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

100-443887-1



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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELISANGELA MIRANDA DA SILVA

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 8188 | 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) 99200.1998 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 perícia médica, para que seja verificadas 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:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do 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

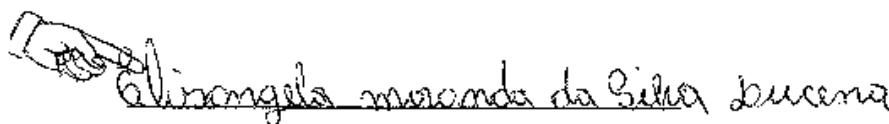
NOME:	ELIZANGELA MIRANDA DA SILVA LUCENA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE:	6.478.744 SDS/PE CPF: 051.178.304-31
DATA DO ACIDENTE:	21/01/2020
COBERTURA:	INVALIDEZ
VÍTIMA:	ELIZANGELA MIRANDA DA SILVA LUCENA
ENDEREÇO:	RUA EDILMA LUCENA LOT.V.T Nº99, CENTRO, SURUBIM-PE

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



ASSINATURA DO OUTORGANTE

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE	
Rua Ezequiel de Oliveira, 22, Centro, Surubim-PE	
CNPJ: 06.908.088/0001-01	
CREDOZA MARIA SILVA DE LIMA	
Reconheço a autenticidade da firma(s) de: ELIZANGELA MIRANDA DA SILVA LUCENA	em 10/03/2020
Testemunho de: da verdade, Elizabeth Lira da Andrade	Subscritas
Selo de Autenticidade: R\$ 2,27	Valido Somente como
Selo: 0073214-20200310001-00283 10/03/2020 15:54:36	
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/08/2020 15:01:29	

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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELISANGELA MIRANDA DA SILVA

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

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

