

---

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318921**

**Vítima: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA**

**Data do Acidente: 07/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARIA DO SOCORRO ALMEIDA DE MACEDO DASA EV COSTA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Boletim de ocorrência ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190318921**

**Vítima: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA**

**Data do Acidente: 07/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARIA DO SOCORRO ALMEIDA DE MACEDO DASA EV COSTA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), RHAVANA VALESCA ALMEIDA 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, 28 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318921**

**Vítima: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA**

**Data do Acidente: 07/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARIA DO SOCORRO ALMEIDA DE MACEDO DASA EV COSTA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Comprovante de residência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração do Proprietário do Veículo incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318921**

**Vítima: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA**

**Data do Acidente: 07/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARIA DO SOCORRO ALMEIDA DE MACEDO DASA EV COSTA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovante de residência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318921**

**Vítima: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA**

**Data do Acidente: 07/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARIA DO SOCORRO ALMEIDA DE MACEDO DASA EV COSTA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 10 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190318921**

**Vítima: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA**

**Data do Acidente: 07/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARIA DO SOCORRO ALMEIDA DE MACEDO DASA EV COSTA**

**Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190318921**

**Vítima: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA**

**Data do Acidente: 07/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARIA DO SOCORRO ALMEIDA DE MACEDO DASAEV COSTA**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 453.903.904-6 Nome completo da vítima: Rhariana Valesca Almeida da Silva

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

Nome completo: Edson Almeida da Silva CPF: 062.578.694-71  
 Profissão: Motorista Endereço: Rua Guomalora Número: 110 Complemento: \_\_\_\_\_  
 Bairro: Riocho Novo Cidade: Aracá Estado: DE CEP: 55500-000  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

**DADOS CADASTRAIS**  
**RENDA MENSAL:**  
 RECURSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:   CONTA:    
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:   CONTA:    
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorçado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não  
 Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ nascituro (vai nascer)?  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.

Local e Data: Recife, 10-05-19  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Rhariana Valesca Almeida da Silva  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Edson Almeida da Silva  
 Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: COMPREU  
 CPF: \_\_\_\_\_  
COMPREU VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
 11 MAI 2019  
 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
**PROTOCOLO**  
 AGENCIA RECIFE

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 753.903.904 Nome completo da vítima: Pharizama Valesca Almeida da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 448/2012  
Nome completo: Edson Almeida da Silva CPF: 062.548.694-71

Profissão: Motoboy Endereço: Rua Guomelroxa Número: 110 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Riacho Branco Cidade: Santa Estado: PE CEP: 55500-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:  
 RECURSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)  
 Bradesco (2387)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 1540 CONTA: 00126291 1 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):  
 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.  
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e extensão de 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.

RESERVA DE PROSECUÇÃO SIA  
75 MAI 2019  
PROTÓCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Fallecidos: \_\_\_\_\_

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.

Local e Data: Recife, 10-05-19  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Pharizama Valesca Almeida da Silva  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Edson Almeida da Silva  
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS  
1ª Nome: COMPREV  
CPF: \_\_\_\_\_  
2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
11 MAI 2019  
PROTÓCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Qual a(s) tipo(s) de cobertura:  DIÁRIA (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

NP do prelo ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF do vítima: **753.903.904** Nome completo do vítima: **Rharyama Valesca Almeida da Silva**

### REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUPRE 29-02/2013

Nome completo: **Edson Almeida da Silva** CPF: **062.548.694-71**  
Profissão: **Motorista** Endereço: **Rua Guomabraxa** Número: **170** Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: **Riacho Novo** Cidade: **Barroca** Estado: **DE** CEP: **55500-000**  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

Declara, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:  
 RECLUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ANEXAR UMA CÓPIA DE CADA

CONTA POUPEIRA (destinado para os menores de idade. Anotar uma agência)  
 Bradesco (207)  Itaú (243)  Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (204)  
AGÊNCIA: **1540** **01** CONTA: **00126291** **1**  
(informar o dígito no caixa) (informar o dígito no caixa)

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

### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declara, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para as seguintes circunstâncias de ocorrência do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (justificar caso não seja aplicável):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou de minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou de minha residência não realiza perícias para fins de Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou de minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias de prazo.

Pelo motivo assinalado, solicito e prossuogo a análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, na condição de apresentando, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica às custas do Seguradora Líder para verificação de existência ou não de invalidez permanente decorrente do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prazo concordância com futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordo do seu conteúdo.

75 MAI 2019

PROTÓCOLO AGENCIA RECIFE

### DECLARAÇÃO DE ÔNISCOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil do vítima:  Solteiro  Casado (ou Civ)  Divorçado  Separado judicialmente  Viúvo Data do óbito do vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou esposa (ou esposo)?  Sim  Não 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 provaram esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer alteração ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 239 do Código Penal.

Local e Data: **Recife, 10-05-19**  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
(\*) Assinatura de quem assina A ROSA  
**Rharyama Valesca Almeida da Silva**  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
**Edson Almeida da Silva**  
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

PROTÓCOLO AGENCIA RECIFE  
Nome: **COMPRES**  
CPF: \_\_\_\_\_  
**11 MAI 2019**  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
**PROTÓCOLO AGENCIA RECIFE**

(\*) A vítima/beneficiário não habilitado deverá assinar com o nome verdadeiro, maior e capaz, para proferir e emitir o presente formulário, A SEU RISCO, na presença de 2 (dois) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor das condições, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



AUTO-ATENDIMENTO - PAE FORUM RECIFE II  
 DATA: 19/06/2019 HORA: 09:28:31  
 TERMINAL: 27175008 CONTROLE: 271750080061

AGENCIA: 1530 - PRAIA DA PIEDADE  
 CONTA: 013.00126291-1  
 CLIENTE: EDSON ALMEIDA DA SILVA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA  
 ULTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE  
 DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
10/06	0,80

MOVIMENTACAO	NR.DOC	HISTORICO	VALOR
SALDO ANTERIOR			2.90C
Mato			
18/05	000000	REM BASICA	0.00C
25/05	000000	REM BASICA	0.00C
27/05	190514	SAQUETERMINAL	2.100
Junho			
10/06	000000	REM BASICA	0.00C
RESUMO EM 18/06			0.80C
SALDO			
RESUMO DO DIA			0.80C
SALDO DISPONIVEL			0.00
SALDO BLOQUEADO			0.80C
SALDO TOTAL			

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
 SAC CAIXA: 0800-726 0101  
 Duvidoria da CAIXA: 0800-725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE  
[CAIXA.GOV.BR/VOCE](http://CAIXA.GOV.BR/VOCE)

**COMPREV**  
 COMPREV AGENCIA S/A  
 19 JUN 2019  
**PROTOCOLO**



# 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: **713-903-904-62** 4 - Nome completo da vítima: **RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA** 6 - CPF: **713-903-904-62**  
7 - Profissão: **NÃO INFORMA** 8 - Endereço: **ET DA USINA** 9 - Número: **328** 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: **MURIBEQUINHA** 12 - Cidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **54360-465**  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

DADOS CADASTRAIS

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: **EDSON ALMEIDA DA SILVA**  
18 - CPF do Representante Legal: **062-578-694-71** 19 - Profissão do Representante Legal: **NÃO INFORMA**

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: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: **1580** CONTA: **00126291** 1  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):  
 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.  
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo  
24 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 25 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não  
26 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar nome completo: \_\_\_\_\_  
27 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 28 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_  
29 - Vítima deixou nascituro (foi nascido)?  Sim  Não 30 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não  
31 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_  
32 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não 33 - Se tinha pais/avós, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
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

TESTEMUNHAS

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

40 - Local e Data, **RECIFE 02/07/2019**

*Edson Almeida da Silva* 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 713-903-904-62 4 - Nome completo da vítima: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 466/2002**

5 - Nome completo: **RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA** 6 - CPF: 713-903-904-62  
 7 - Profissão: **NÃO INFORMA** 8 - Endereço: **ET DA USINA** 9 - Número: 328 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: **MURIBEQUINHA** 12 - Cidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: 54360-465  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

**DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 A 25 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR**

17 - Nome completo do Representante Legal: **EDSON ALMEIDA DA SILVA**  
 18 - CPF do Representante Legal: 062-578-694-71 19 - Profissão do Representante Legal: **NÃO INFORMA**

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:    
 CONTA POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 AGÊNCIA: 1580 CONTA: 00126291 1  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei nº 13.005/2014, 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das sequelas 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 - Beneficiário(s) em vida:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou filhos menores de idade, informar o nome e o grau de parentesco: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Fallecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou irmão(s)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Fallecidos: \_\_\_\_\_ 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/s pedido \_\_\_\_\_

36 - CPF legível de quem assina a rogo/s pedido \_\_\_\_\_

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE 02/07/2019

*Edson Almeida da Silva* 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
 \_\_\_\_\_ 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**CAIXA**  
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - PAE FORUM RECIFE II  
DATA: 19/06/2019 HORA: 09:28:31  
TERMINAL: 27175008 CONTROLE: 271750080061

AGENCIA: 1580 - PRAIA DA PIEDADE  
CONTA: 013.00126291-1  
CLIENTE: EDSON ALMEIDA DA SILVA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA  
ULTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE  
DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
10/06	0,80

MOVIMENTACAO

DATA	NR. DOC	HISTORICO	VALOR
		SALDO ANTERIOR	2,90C
		Maio	
18/05	000000	REM BASICA	0,00C
25/05	000000	REM BASICA	0,00C
27/05	190514	SAGUETERMINAL	2,100

Junho

10/06	000000	REM BASICA	0,00C
-------	--------	------------	-------

RESUMO EM 18/06

SALDO	0,80C
-------	-------

RESUMO DO DIA

SALDO DISPONIVEL	0,80C
SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO TOTAL	0,80C

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
SAC CAIXA: 0800-725 0101  
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474  
www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE  
CAIXA.GOV.BR/VOCE

PROTÓCOLO

[Stamp]

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha a(s) tipo(s) de cobertura:  DABS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº de inscrição ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 713.903.904-62 4 - Nome completo de vítima: RHAYANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FADA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 802/2014

5 - Nome completo: RHAYANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA 6 - CPF: 713.903.904-62  
 7 - Profissão: NÃO INFORMADA 8 - Endereço: ESTRADA DA USINA 9 - Número: 328 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 11 - Bairro: MURBECUINHHA 12 - Cidade: JABOTÃO DOS GUARARAPES 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54380-465  
 15 - Email: \_\_\_\_\_ 16 - Telefone: (91) 98894-7576

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: EDSON ALMEIDA DA SILVA  
 18 - CPF do Representante Legal: 1862578494-71 19 - Profissão do Representante Legal: NÃO INFORMADA

Declare, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 NÃO INFORMAR  R\$1,00 A R\$1.000,00  R\$2001,00 ATÉ R\$3.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$3.000,00

21 - TIPO DE BANCÁRIO:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUÇANÇA (para depósito para as bancas abaixo, informe uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (241)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 AGÊNCIA: 1560 CONTA: 013 (09126291)  
 CONTA CORRENTE (todas as bancas)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

Autovisa a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tive 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 não existe nenhum IML (Instituto Médico Legal) em funcionamento na região de cobertura do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que existe pelo menos um IML em funcionamento na referida região.

- 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 assinado, solicito o reconhecimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando desde já, em não submeter a avaliação médica de perícias da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordar de seu resultado.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (caso civil)  Divorciado  Viúvo  Autoridade para o casamento  Anulado  Outro (especificar) \_\_\_\_\_  
 24 - Caso de Pensão com a vítima:  Sim  Não 25 - Vítima deixou companheiro(s):  Sim  Não 26 - Se vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
 27 - Se vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
 28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou familiares/beneficiários?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/mãe/viúva?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem em esta ocasião, 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 ao artigo 299 do Código Penal.

34 - Indenização negativa ou não indenizada  
 35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido  
 36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido  
 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido  
 38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha  
 39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 15/07/2018 - Recife, PE  
Rharyana Valesca Almeida da Silva  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)  
 43 - Assinatura do Procurador (se houver)





1 de 2

09/10/2018 16:08

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/3DS/Desktop/Infopol/xml/BOEPreview.html



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO  
AGOSTINHO - DP40ªCIRC DIM/10ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0130006378**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 09/10/2018 às  
16:46

Complementa o BO Número: 18E0130006377

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cuiposo (Consumado)**  
que aconteceu no dia 7/9/2018 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CHARNECA (BAIRRO), 1 - Bairro:**  
**CHARNECA - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO 1 (AUTOR/AGENTE )  
MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA (NOTICIANTE )  
DESCONHECIDO 2 (OUTRO )  
RHAYANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA (VÍTIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):  
DESCONHECIDO 1



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

**DESCONHECIDO 1** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA** Pai: **EDSON ALMEIDA DA SILVA** Data de Nascimento: **8/9/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10469136/SDS/PE (RG), 71396398462 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ESCADA, 110, RUA GUANABARA - CEP: 0 - Bairro: RIACHO DO NAVIO - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO 2** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DOS PRAZERES DE LIMA** Pai: **DOMINGOS SOARES DA SILVA** Data de Nascimento: **18/2/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:



1 de 2

09/10/2018 16:44

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/.infopol/xml/BOEPreview.html

**6710878/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Telefones Celulares: **85806341**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE RECIFE, 01, RUA PRAIA CANOA QUEBRADA VILA DOS PALMARES MURIBECA - CEP: 55066-900 - Bairro: CENTRO - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO 1**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO 1**  
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
 Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

**CAMIONETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO 2**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO 1**  
 Categoria/Marca/Modelo: **CAMIONETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
 Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJE1211 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

## Complemento / Observação

**INFORMA A MÃE DA VÍTIMA QUE A SUA FILHA ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA JUNTAMENTE COM O SEU MARIDO QUANDO UMA CAMIONETA COM O CONDUTOR COM SINAIS DE EMBREAGUEZ SEGUNDO A NARRATIVA DA MÃE DA VÍTIMA COLIDU NA PERNA DA VÍTIMA QUE ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA E O CONDUTOR ACUSADO EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO A VÍTIMA QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA.**

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

**RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA**

(747788)

MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA  
(NOTICIANTE)

*Maria do Carmo Lima*

S.O. registrado por: WASHINGTON BATISTA LINS Matrícula: 328618-5

*Washington*

09/10/2018 15:44

**COMPREV**  
COMPRESA S/A - ADMINISTRAÇÃO S/A  
11 MAI 2019  
**PROTOCOLO**  
AGÊNCIA RECIFE



1 de 2

09/10/2018 16:08

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/3DS/Desktop/Infopol/xml/BOEPreview.html



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO  
AGOSTINHO - DP40ªCIRC DIM/10ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0130006378**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 09/10/2018 às  
16:46

Complementa o BO Número: 18E0130006377

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cuiposo (Consumado)**  
que aconteceu no dia 7/9/2018 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CHARNECA (BAIRRO), 1 - Bairro:**  
**CHARNECA - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO 1 (AUTOR/AGENTE )  
MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA (NOTICIANTE )  
DESCONHECIDO 2 (OUTRO )  
RHAYANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA (VÍTIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):  
DESCONHECIDO 1

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

**DESCONHECIDO 1** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA** Pai: **EDSON ALMEIDA DA SILVA** Data de Nascimento: **8/9/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10469136/SDS/PE (RG), 71396398462 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ESCADA, 110, RUA GUANABARA - CEP: 0 - Bairro: RIACHO DO NAVIO - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO 2** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DOS PRAZERES DE LIMA** Pai: **DOMINGOS SOARES DA SILVA** Data de Nascimento: **18/2/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:



1 de 2

09/10/2018 16:44

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/.infopol/xml/BOEPreview.html

**6710878/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Telefones Celulares: **85306341**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE RECIFE, 01, RUA PRAIA CANOA QUEBRADA VILA DOS PALMARES MURIBECA - CEP: 55066-900 - Bairro: CENTRO - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO 1**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO 1**  
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
 Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

**CAMIONETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO 2**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO 1**  
 Categoria/Marca/Modelo: **CAMIONETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
 Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJE1211 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

## Complemento / Observação

**INFORMA A MÃE DA VÍTIMA QUE A SUA FILHA ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA JUNTAMENTE COM O SEU MARIDO QUANDO UMA CAMIONETA COM O CONDUTOR COM SINAIS DE EMBREAGUEZ SEGUNDO A NARRATIVA DA MÃE DA VÍTIMA COLIDU NA PERNA DA VÍTIMA QUE ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA E O CONDUTOR ACUSADO EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO A VÍTIMA QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA.**

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

**RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA**

(7/11/8)

MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA  
(NOTICIANTE)

*Mario do Carmo Lima*

S.O. registrado por: WASHINGTON BATISTA LINS Matrícula: 326618-5

*W. Lima*

09/10/2018 15:44

**COMPREV**  
COMPRE VILA - RESERVA SIA  
11 MAI 2019  
**PROTOCOLO**  
AGÊNCIA RECIFE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO - DP40ªCIRC  
DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0130004050**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/06/2019** às **15:10**

Complementa o BO Número: **18E0130006378**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **7/9/2018** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CHARNECA (BAIRRO), 1 - Bairro: CHARNECA - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO 1 ( AUTOR \ AGENTE )  
MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA ( NOTICIANTE )  
DESCONHECIDO 2 ( OUTRO )  
ADRIANO BATISTA DOS SANTOS ( OUTRO )  
RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA ( VÍTIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO 1**  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO 1**



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

**DESCONHECIDO 1 (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA Pai: EDSON ALMEIDA DA SILVA Data de Nascimento: 9/9/2001 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10409186/SDS/PE (RG) 71390390462 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ESCADA, 110, RUA GUANABARA - CEP: 0 - Bairro: REACHO DO NAVIO - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO 2 (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DOS PRAZERES DE LIMA Pai: DOMINGOS SOARES DA SILVA Data de Nascimento: 16/2/1981 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6710878/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Telefones Celulares: - 85806841**

Endereço Residência: **MUNICÍPIO DE RECIFE, 1, RUA PRAIA CANOA QUEBRADA VILA DOS PALMARES MURIBECA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**ADRIANO BATISTA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ADRIANO BATISTA DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO 1**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PG08674 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

**CAMIONETA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO 2**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO 1**

Categoria/Marca/Modelo: **CAMIONETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJE1211 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

### Complemento / Observação

**INFORMA A MÃE DA VÍTIMA QUE A SUA FILHA ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA JUNTAMENTE COM O SEU MARIDO QUANDO UMA CAMIONETA COM O CONDUTOR COM SINAIS DE EMBREAGUEZ SEGUNDO A NARRATIVA DA MÃE DA VÍTIMA COLIDU NA PERNA DA VÍTIMA QUE ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA E O CONDUTOR ACUSADO EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO A VÍTIMA QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA.**

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

*Rhavana Valesca Almeida da Silva*  
**RHAVANA VALESKA ALMEIDA DA SILVA**  
(VÍTIMA)

**MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA**  
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **MARIA DAS DORES NEVES FURTADO** - Matrícula: **220.970-5**





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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 453.903.904-6 Nome completo da vítima: Rhariana Valesca Almeida da Silva

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

Nome completo: Edson Almeida da Silva CPF: 062.578.694-71  
 Profissão: Motorista Endereço: Rua Guomalora Número: 110 Complemento: \_\_\_\_\_  
 Bairro: Riocho Novo Cidade: Aracá Estado: DE CEP: 55500-000  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

**DADOS CADASTRAIS**  
**RENDA MENSAL:**  
 RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorçado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não  
 Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ nascituro (vai nascer)?  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.

Local e Data: Recife, 10-05-19  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Rhariana Valesca Almeida da Silva  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Edson Almeida da Silva  
 Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: COMPREU  
 CPF: \_\_\_\_\_  
COMPREU VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
 11 MAI 2019  
 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
**PROTOCOLO**  
 AGENCIA RECIFE

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**





Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho  
Secretaria Municipal de Saúde



## DECLARAÇÃO

Consta em nº de ocorrência **S523762** que o SAMU Cabo de Santo Agostinho foi solicitado para prestar atendimento a menor **Rhavana Valesca Almeida da Silva**, portadora da cédula de Identidade nº **10.409.186 SDS PE** e CPF: **713.903.904 - 62**; no dia 07 setembro de 2018, às 19h37, na Rua dos Funcionários s/n Pirapama, Cabo Centro, Cabo de Santo Agostinho, vítima de colisão de caminhão com motocicleta.

A mesma foi atendida no local e posteriormente removida para o Hospital Dom Helder Câmara.

Cabo de Santo Agostinho, 15 de outubro de 2018.

Atenciosamente,



Fábio Marinho  
Coord. Geral  
SAMU CABO  
Fábio Marinho  
Coord. Geral  
SAMU 192 Cabo  
Mat. 43.080



Endereço: Av. Josefa Ana Conceição Itapuama – Cabo de Santo Agostinho  
Fone: 3524 – 6099 E-MAILS: samucabo192@yahoo.com.br



Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50030-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 200843-90 | www.celpe.com.br

MARIA MARLYDA SILVA

RUA JUVENIL-BAHIA 110

CPF 180.155.874-30 NIS 8505009798

RIACHO NAVIO ESCADA ESCADA PE 5550-000

CLASSIFICAÇÃO

CONTA CONTRATO MÊSANO

BI RESIDENCIAL BARRA RENDA COM US Monifásico

4007335488 09/2018  
DATA DE FIM DO PERÍODO DATA DE INÍCIO DO PERÍODO

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
031288741	VENCA	11/09/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
11/09/2018	201868738	1065773

18/09/2018 11/10/2018  
TOTAL A PAGAR (R\$)

19,69

DESCRIÇÃO DA BOMBA	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo em kWh	30,0000000	0,1869458	5,61
Consumo Ativo em kWh a 20 kWh/33 kWh	27,0000000	0,3204216	8,65
Adicional Bateria (CPMEL) m			1,41
Contribuição de Iluminação Pública			2,73
Multa por atraso NF 031288741 - 11/09/18			0,33
Juros por atraso NF 031288741 - 11/09/18			0,38
Adicional ao CNPJ NF 031288741 - 11/09/18			0,54
PRÓ-CRIANÇA (0832412689) 0000 031288741			0,38

TOTAL DA FATURA

19,69

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
312184070	CAT	10/09/2018	4051,00	11/09/2018	4142,00	02	1,0000		91,00



DESCRIÇÃO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO	CONTRIBUIÇÃO	VALOR	PERCENTUAL
Utilização de Energia	91,00	100	17,10	100%	17,10	86,9%
Transmissão						3,2%
Distribuição (Cabeço)						2,52%
Perdas de Energia						1,82%
Energia Sobretensão						1,36%
Taxação						0,99%
Total						100%

FEEZ 3194 4534 03/18 FEEZ 398F 8657 02/19

Regime de pagamento por meio de boleto bancário - consulte o site da Companhia Energética de Pernambuco para mais informações.  
O valor da fatura é calculado com base na leitura do medidor e no consumo de energia elétrica registrado no período de faturamento.  
Pagos antecipados por meio de boleto bancário, o cliente terá direito a desconto de 5% no valor da fatura. O desconto não se aplica a parcelamentos e a fatura de 10 dias de atraso.  
O valor da fatura é calculado com base na leitura do medidor e no consumo de energia elétrica registrado no período de faturamento.  
O valor da fatura é calculado com base na leitura do medidor e no consumo de energia elétrica registrado no período de faturamento.

Atualize seu perfil de consumo de energia elétrica em nosso site www.celpe.com.br para garantir a melhor tarifa e o melhor atendimento.  
Atendimento ao Cliente: 0800 000 0000  
Atendimento em Português: 0800 000 0000  
Atendimento em Inglês: 0800 000 0000  
Atendimento em Espanhol: 0800 000 0000  
Atendimento em Italiano: 0800 000 0000  
Atendimento em Francês: 0800 000 0000  
Atendimento em Alemão: 0800 000 0000  
Atendimento em Russo: 0800 000 0000  
Atendimento em Chinês: 0800 000 0000  
Atendimento em Japonês: 0800 000 0000  
Atendimento em Coreano: 0800 000 0000  
Atendimento em Indonésio: 0800 000 0000  
Atendimento em Malaio: 0800 000 0000  
Atendimento em Tailandês: 0800 000 0000  
Atendimento em Vietnamita: 0800 000 0000  
Atendimento em Filipino: 0800 000 0000  
Atendimento em Hebraico: 0800 000 0000  
Atendimento em Árabe: 0800 000 0000  
Atendimento em Grego: 0800 000 0000  
Atendimento em Turco: 0800 000 0000  
Atendimento em Polaco: 0800 000 0000  
Atendimento em Checo: 0800 000 0000  
Atendimento em Eslovaco: 0800 000 0000  
Atendimento em Húngaro: 0800 000 0000  
Atendimento em Esloveno: 0800 000 0000  
Atendimento em Croata: 0800 000 0000  
Atendimento em Sérvio: 0800 000 0000  
Atendimento em Montenegrino: 0800 000 0000  
Atendimento em Bósnio: 0800 000 0000  
Atendimento em Macedônio: 0800 000 0000  
Atendimento em Romão: 0800 000 0000  
Atendimento em Búlgaro: 0800 000 0000  
Atendimento em Romeno: 0800 000 0000  
Atendimento em Polaco: 0800 000 0000  
Atendimento em Eslovaco: 0800 000 0000  
Atendimento em Húngaro: 0800 000 0000  
Atendimento em Esloveno: 0800 000 0000  
Atendimento em Croata: 0800 000 0000  
Atendimento em Sérvio: 0800 000 0000  
Atendimento em Montenegrino: 0800 000 0000  
Atendimento em Bósnio: 0800 000 0000  
Atendimento em Macedônio: 0800 000 0000  
Atendimento em Romão: 0800 000 0000  
Atendimento em Búlgaro: 0800 000 0000  
Atendimento em Romeno: 0800 000 0000

PROTÓCOLO  
AGÊNCIA RECIFE  
11 MAI 2019  
COMPREV VIDA S/A  
AGÊNCIA RECIFE

CONSUMO	VALOR APLICADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)
0,00	0,00	5,31	11,43	23,84	120	200
0,00	0,00	7,43	6,85	13,79		231
0,00	0,00	5,48	6,00	6,00		



Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50030-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 200843-90 | www.celpe.com.br

MARIA MARLYDA SILVA

RUA JUVENIL-BAHIA 110

CPF 180.155.874-30 NIS 8505009798

RIACHO NAVIO ESCADA ESCADA PE 5550-000

CLASSIFICAÇÃO

CONTA CONTRATO MÊSANO

BI RESIDENCIAL BARRA PAVENDA COM US Monifásico

4007335488 09/2018  
DATA DE FORMALIZAÇÃO DATA DE FORMALIZAÇÃO

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
031288741	VENCA	11/09/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
11/09/2018	201868738	1065773

18/09/2018 11/10/2018  
TOTAL A PAGAR (R\$)

19,69

DESCRIÇÃO DA BOMBA	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	30,000000	0,1869458	5,61
Consumo Ativo (kWh) a 20,00133 kWh	27,000000	0,3048216	8,85
Adicional Bateria (CFMEU)			1,41
Contribuição de Iluminação Pública			2,73
Multa por atraso NF 031288741 - 11/09/18			0,33
Juros por atraso NF 031288741 - 11/09/18			0,38
Adicional ao CNP 031288741 - 11/09/18			0,54
PRÓ-CRIANÇA (0832412689) 0000 031288741			0,38

TOTAL DA FATURA

19,69

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
312484070	CAT	10/09/18	4051,0	11/09/18	4142,00	02	1,0000		91,00



DESCRIÇÃO	VALOR DO IMPORTE	%
Consumo de Energia	5,61	28,5%
Iluminação	2,73	13,9%
Distribuição (CFMEU)	1,41	7,2%
Perdas de Energia	0,33	1,7%
Energia Sobrecorrente	0,38	1,9%
Tratante	0,54	2,7%
Total	19,69	100%

FEEZ 3194 4534 03/18 FEEZ 398F 8657 02/19

Regime de pagamento por meio de boleto bancário - consulte o site da Companhia Energética de Pernambuco para mais informações. O boleto bancário deve ser pago até o dia 10 de cada mês. O valor do boleto é calculado com base no consumo de energia elétrica registrado no medidor e no valor da tarifa vigente. O valor do boleto pode variar de acordo com a leitura do medidor e a tarifa vigente. - Lei 10.438/02

Atualize seu perfil de consumo de energia elétrica no site da Companhia Energética de Pernambuco para garantir a melhor tarifa. O perfil de consumo é calculado com base no consumo de energia elétrica registrado no medidor e no valor da tarifa vigente. - Lei 10.438/02

**PROTÓCOLO**  
AGÊNCIA RECIFE

11 MAI 2019

COMPREV VIDA S/A

CONSUMO	VALOR APLICADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)
91,00	0,38	5,31	11,43	23,84	220	±3%
0,00	0,00	7,43	6,45	12,79		
0,00	0,00	5,48	6,00	0,00		



Tarifa Social de Energia Elétrica - Criação pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL Nº 0287489021 - 11/2018  
 Companhia Energética de Pernambuco  
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 51020-402  
 CNPJ 10.826.932/0001-06 | Ins. Est. 069941-01 | www.celpe.com.br

MAHIA NEZILTON DE LARIAS

RUA CUM JARDIM VISTA VERDE 4000  
 CONGRES DIANESE - RECIFE - PE

CPF: 090.115.144-4

CNPJ: 06.911.441-00  
 RECIFE - PE  
 50761-320

CLASSIFICAÇÃO

CONTA CONTRATO: 0287489021  
 MÊS/ANO: 11/2018  
 DATA DE VENCIMENTO: 30/11/2018  
 DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA: 26/12/2018

BT RESIDENCIAL RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
0287489021	11/2018	30/11/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
24132298	744.19046	107020

TOTAL A PAGAR (R\$): 303,07

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Adicional	14.2000000	0,724766	10,29
Arrebanho Base (1) - AMARELA			2,74
Arrebanho Base (1) - VERMELHA			0,48
Consumo Base (1) - AMARELA			30,52
Consumo Base (1) - VERMELHA			0,75
Instalação (1) - AMARELA			10,10

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
42714	147	30/10/2018	81.000	28/11/2018	82.475	27	1.000		1470



**COMPREV**  
 COMPREV VIDA - PREVIDÊNCIA S/A  
 11 MAI 2019  
**PROTOCOLO**  
 AGÊNCIA RECIFE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES  
 Este documento é emitido pela Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) e representa a fatura de energia elétrica gerada para o cliente em nome do titular da conta. O valor total a pagar é de R\$ 303,07 (trêscentos e três reais e sete centavos). O prazo de validade desta fatura é de 90 dias a partir da data de emissão. O cliente deve pagar esta fatura até o dia 30/11/2018 para evitar o corte de energia elétrica. O valor devido deve ser pago em nome do titular da conta, ou de quem ele autorizar por escrito. O valor devido deve ser pago em nome do titular da conta, ou de quem ele autorizar por escrito. O valor devido deve ser pago em nome do titular da conta, ou de quem ele autorizar por escrito.

TIPO DE TARIFA	VALOR	PERCENTUAL
Residencial	10,29	3,4%
Arrebanho Base (1) - AMARELA	2,74	0,9%
Arrebanho Base (1) - VERMELHA	0,48	0,2%
Consumo Base (1) - AMARELA	30,52	10,1%
Consumo Base (1) - VERMELHA	0,75	0,2%
Instalação (1) - AMARELA	10,10	3,3%
<b>TOTAL</b>	<b>303,07</b>	<b>100%</b>

Este documento é emitido pela Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) e representa a fatura de energia elétrica gerada para o cliente em nome do titular da conta. O valor total a pagar é de R\$ 303,07 (trêscentos e três reais e sete centavos). O prazo de validade desta fatura é de 90 dias a partir da data de emissão. O cliente deve pagar esta fatura até o dia 30/11/2018 para evitar o corte de energia elétrica. O valor devido deve ser pago em nome do titular da conta, ou de quem ele autorizar por escrito. O valor devido deve ser pago em nome do titular da conta, ou de quem ele autorizar por escrito.

TIPO DE TARIFA	VALOR	PERCENTUAL
Residencial	10,29	3,4%
Arrebanho Base (1) - AMARELA	2,74	0,9%
Arrebanho Base (1) - VERMELHA	0,48	0,2%
Consumo Base (1) - AMARELA	30,52	10,1%
Consumo Base (1) - VERMELHA	0,75	0,2%
Instalação (1) - AMARELA	10,10	3,3%
<b>TOTAL</b>	<b>303,07</b>	<b>100%</b>

CONTA CONTRATO: 0287489021 MÊS/ANO: 11/2018 DATA DE VENCIMENTO: 30/11/2018 TOTAL A PAGAR (R\$): 303,07





**DADOS DO CLIENTE**

EDMILSON DA PENHA SILVA  
MCI0054P03

CPF: 773 578 644-49 NIS: 21251178026

**CLASSIFICAÇÃO**

B1 RESIDENCIAL  
BANCA RENDA C/CMNS

Nº DA NOTA FISCAL	NOME	PERÍODO
063408727	UNICA	24/05/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
31/05/2019	2016082103	8892358

Consumo Azo até 30 kWh  
Acréscimo Bandeira AMARELA  
Compensação DIC Trimestral 01/19  
Compensação OMC 03/19

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

**NOTA FISCAL - FATURADA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

ET DA USINA 328 AP-3 BL-H QD-V

MURIBEGUINHOS JABOATÃO  
JABOATÃO DOS GUARARAPES PE  
54380-465

CONTA CONSUMIDORA	MÊS/ANO
7030714525	05/2019
DATA DE VENCIMENTO	VALOR DE PAGAMENTO
07/06/2019	22/06/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	5,04

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Azo até 30 kWh	30,0000000	0,16631594	5,85
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,08
Compensação DIC Trimestral 01/19			-0,36
Compensação OMC 03/19			-0,51
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>5,04</b>

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL		ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
91627274	LAT	28-04-2019	11,20	14-06-2019	12,04	28	1,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		
MAR 19	30	ICMS		
ABR 19	30	PIS	5,83	1,14
MAR 19	30	COFINS	5,83	5,31
FEV 19	30			
JAN 19	30			
DEZ 18	30			
NOV 18				
OUT 18				
SET 18				
AGO 18				
Jul 18				
Jun 18				
MAI 18				

Consumo Azo até 30 kWh

TAXAS APLICADAS: 0,16254191

RENTANDO AO PREÇO: R\$400,0000

RENTANDO AO PREÇO: R\$400,0000

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Na data de leitura a unidade consumidora em regime de Amarelo (até 30 kWh) é considerada em regime amarelo para o cálculo do valor a pagar. O valor a pagar é calculado sobre o consumo de energia elétrica em kWh, acrescido de 15% para a Tarifa de Distribuição e 10% para a Tarifa de Transmissão. O cliente é responsável por manter o medidor em funcionamento. Pagos em atraso para multa. O cliente deve manter a unidade consumidora em funcionamento para a leitura. O cliente deve manter a unidade consumidora em funcionamento para a leitura. O cliente deve manter a unidade consumidora em funcionamento para a leitura.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES		LIMITE DE TENSÃO	
CONSUMO	VALOR APLICADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL
JABOATÃO	R\$ 0,00	5,25	10,00
ONE	6,00	3,00	6,50
PE	12,17	3,00	6,50
OMC			0,00

LIMITE DE TENSÃO		LIMITE DE VIBRAÇÃO (V)	
TENSÃO NOMINAL (V)		MENSAL	TRIMESTRAL
220		20	20

**COMPRESA**  
COMPRESA S/A  
19 JUN 2019  
**PROTOCOLO**  
AGÊNCIA RECIFE

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

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
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

<b>DADOS DO CLIENTE</b> EDMILSON DA PENHA SILVA MCID054P03 CPF: 773.578.844-49 NIS: 21257178026	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>08/07/2019</b>  TOTAL A PAGAR (R\$) <b>5,57</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 22/06/2019  <b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 01/07/2019  <b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 067235994	<b>CONTA CONTRATO</b> 007030714525  <b>Nº DO CLIENTE</b> 2016682103  <b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> 0006692358
	<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> ET DA USINA 328 AP-3  BL-H QD-V MURIBEQUINHA/JABOATAO 54360-465 JABOATAO DOS GUARARAPES PE		
<b>CLASSIFICAÇÃO</b> B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico			
<b>RESERVADO AO FISCO</b> 5A01.2C35.909C.641C.EC80.58E4.E21E.45F5			
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			

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18506108	5,55
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,02
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>5,57</b>

  

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	
ICMS	PIS
BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO
0,00	0,00

  

COFINS	
BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO
5,57	0,17

  

TARIFAS APLICADAS	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,18528450

  

HISTÓRICO DO CONSUMO	
MÊS	CONSUMO (kWh)
JUN 19	30
MAI 19	30
ABR 19	30
MAR 19	30
FEV 19	30
JAN 19	30
DEZ 18	30
NOV 18	30
OUT 18	30
SET 18	30
AGO 18	30
JUL 18	30
JUN 18	30

  

Faturado pelo mínimo da fase - Custo de Disponibilidade, Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000063182737711	CAT	24/05/2019	12,00	22/06/2019	15,00	29	1,80000	0,00	3,00

  

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
abr/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	JABOATAO	4,37	10,58	21,17	42,34
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	7,59	15,19	30,38
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		4,37	5,88	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICR: 16,60		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 2,86					

Todo Consumidor pode solicitar a separação dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://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 próx. 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 Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 11,13.  
 O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

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

**COMPREV** AUTENTICAÇÃO MECÂNICA  
 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

<b>CONTA CONTRATO</b> 007030714525	<b>MÊS/ANO</b> 06/2019	<b>TOTAL A PAGAR(R\$)</b> 5,57	<b>VENCIMENTO</b> 08/07/2019	<b>02 JUN 2019</b> TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
---------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---

**PROTÓCOLO** AGÊNCIA RECIFE AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838900000005 055700110078 030714525105 188030327334



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

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
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

<b>DADOS DO CLIENTE</b> EDMILSON DA PENHA SILVA MCID054P03 CPF: 773.578.844-49 NIS: 21257178026	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>08/07/2019</b>  TOTAL A PAGAR (R\$) <b>5,57</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 22/06/2019  <b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 01/07/2019  <b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 067235994	<b>CONTA CONTRATO</b> 007030714525  <b>Nº DO CLIENTE</b> 2016682103  <b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> 0006692358
	<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> ET DA USINA 328 AP-3  BL-H QD-V MURIBEQUINHA/JABOATAO 54360-465 JABOATAO DOS GUARARAPES 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			
<b>CLASSIFICAÇÃO</b> B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico			
<b>RESERVADO AO FISCO</b> 5A01.2C35.909C.641C.EC80.58E4.E21E.45F5			

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18506108	5,55
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,02
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>5,57</b>

  

ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	5,57	0,17	0,00	5,57	0,79	0,04

  

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,18528450		
			kWh
		JUN 19	30
		MAI 19	30
		ABR 19	30
		MAR 19	30
		FEV 19	30
		JAN 19	30
		DEZ 18	30
		NOV 18	
		OUT 18	
		SET 18	
		AGO 18	
		JUL 18	
		JUN 18	

Faturado pelo mínimo da fase - Custo de Disponibilidade, Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000063182737711	CAT	24/05/2019	12,00	22/06/2019	15,00	29	1,80000	0,00	3,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 24/07/2019

  

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
abr/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	JABOATAO	4,37	10,58	21,17	42,34
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	7,59	15,19	30,38
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		4,37	5,88	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DICR: 16,00	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 2,88					

Todo Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. 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 próx. 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 Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 11,13. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

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

**COMPREV** AUTENTICAÇÃO MECÂNICA  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

<b>CONTA CONTRATO</b> 007030714525	<b>MÊS/ANO</b> 06/2019	<b>TOTAL A PAGAR(R\$)</b> 5,57	<b>VENCIMENTO</b> 08/07/2019	<b>02 JUN 2019</b> TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
---------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---

**PROTÓCOLO** AGÊNCIA RECIFE AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838900000005 055700110078 030714525105 188030327334

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO LAVAREDES BUIEL

EC-2



Rhavana Valesca Almeida da Silva  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 10.409.186 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/07/2016

NOME << RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA >>

FILIAÇÃO << EDSON ALMEIDA DA SILVA >>  
<< MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA >>

NATURALIDADE JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE DATA DE NASCIMENTO 09/09/2001

DOC. ORIGEM << 077180 01 55 2004 1 00179 093 >>  
0210155 31 JABOATÃO-PE >>

CPF 713.903.904-62

ASSINATURA DO DIRETOR *Patrício C.G. Afonso*  
Patrício C.G. Afonso  
Diretor - Gabinete III

LEI Nº 7.118 DE 29/08/93

R216283000508073924.6965335 F-72 57.732 3022

COMPREV

COMPREV VIGIA E PREVIDÊNCIA S/A

11 MAI 2019

PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **062.578.694-71**

Nome: **EDSON ALMEIDA DA SILVA**

Data de Nascimento: **11/03/1983**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **10/10/2003**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **09:29:09** do dia **11/05/2019** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **0147.FB55.A87E.1503**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



**ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL**  
 CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO  
 IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME: MARIA DO SOCORRO ALMEIDA DE MACEDO  
 SOBRENOME: DASYEV COSTA  
 TITULO: MARIA IONE ALMEIDA DE MACEDO  
 JOSE GABRIEL DE MACEDO  
 APROVAÇÃO: ANGOVERDE-PE

Nº 5 922 124 - DD/PE  
 Nº 01 04/02/2018  
 Nº 00126294  
 Nº 009 843 854-60  
 Nº 12/12/1988

28905  
 01/02/2018

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 09029281

USO OBRIGATORIO  
 IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS  
 (ART. 1º DA LEI Nº 3.365/64)

ASSOCIADA DO PORTADOR  
 MARIA DO SOCORRO ALMEIDA DE MACEDO DASYEV COSTA

09029281





**COMPREV**  
 COMPREV ID: REF: 11 MAI 2019  
**PROTOCOLO**  
 AGENCIA RECIFE



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **062.578.694-71**

Nome: **EDSON ALMEIDA DA SILVA**

Data de Nascimento: **11/03/1983**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **10/10/2003**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **09:29:09** do dia **11/05/2019** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **0147.FB55.A87E.1503**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190318921 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA **Data do acidente:** 07/09/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DO ACETÁBULO E ILÍACO A ESQUERDA

**Descrição do exame físico:** ENCURTAMENTO VISIVEL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, COM MARCHA CLAUDICANTE E USO DE BENGALA. LIMITAÇÃO MODERADA DO ARCO DE MOVIMENTO DO QUADRIL ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** CONSOLIDAÇÃO TOTAL DAS FRATURAS, MAS COM ALINHAMENTO ANATOMICO IRREGULAR, EVOLUINDO COM ENCURTAMENTO E MARCHA CLAUDICANTE.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 15/07/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>