



Número: **0066451-09.2019.8.17.2001**

Classe: **OUTROS PROCEDIMENTOS DE JURISDIÇÃO VOLUNTÁRIA**

Órgão julgador: **Seção B da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.530,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|--|---|
| EDSON ALMEIDA DA SILVA (AUTOR) | maria do socorro almeida de macedo dasaev costa (ADVOGADO) |
| COMPREV SEGURADORA (REU) | |
| RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS (PERITO) | |

| Documentos | | |
|--------------|--------------------|--------------------------------|
| Id. | Data da Assinatura | Documento |
| 66880 130 | 25/08/2020 09:32 | <u>ANEXO 1</u> |



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, 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 DASAEV 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

Pag. 01931/01932 - carta_03 - INVALIDEZ



00050966

Carta nº 14307881



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/08/2020 09:32:31
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082509323183700000065609511>
Número do documento: 20082509323183700000065609511

Num. 66880130 - Pág. 1



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, 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 DASAEV 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, contados 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 14308670

Pag. 00833/00834 - carta_01 - INVALIDEZ



00020417



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/08/2020 09:32:31
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082509323183700000065609511>
Número do documento: 20082509323183700000065609511

Num. 66880130 - Pág. 2

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, 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 DASAEV 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





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, 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 DASAEV 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

Pag. 01683/01684 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 1447804



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/08/2020 09:32:31
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082509323183700000065609511>
Número do documento: 20082509323183700000065609511

Num. 66880130 - Pág. 4



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, 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 DASAEV 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

Pag. 01921/01922 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14516017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/08/2020 09:32:31
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082509323183700000065609511>
Número do documento: 20082509323183700000065609511

Num. 66880130 - Pág. 5



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, 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 DASAEV COSTA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

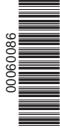
Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00171/00172 - carta_02 - INVALIDEZ



00060086

Carta nº 14546781



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/08/2020 09:32:31
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082509323183700000065609511>
Número do documento: 20082509323183700000065609511

Num. 66880130 - Pág. 6



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, 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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: | Nome completo da vítima: | |
| 453.903.904-4 Rhayana Valéscia Almeida da Silva | | CPF: 062.578.694-71 | |
| 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: montador | Endereço: Rua Guanabara | Número: 110 | Complemento: |
| Bairro: Bairro Novo | Cidade: Aracaju | Estado: SE | CEP: 55500-000 |
| E-mail: | | Tel. (DDD): | |

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECLUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

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

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

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e 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 | TESTEMUNHAS |
| Nome: _____ | 1º Nome: _____ CPF: _____ COMPREF VIDA E PREVIDÊNCIA S/A |
| CPF: _____ | 2º Nome: _____ CPF: _____ 11 MAI 2019 |
| (*) Assinatura de quem assina A ROGO | |
| Rhayana Valéscia Almeida da Silva | |
| Edson Almeida da Silva | |
| Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do Procurador (se houver) |

(*) 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.

FPS.001 V001/2018





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

| | | | |
|--|---|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bandido(a) tipo(s) de bandido | <input type="checkbox"/> Dánsa (despesas de assistência médica e suplementares) | <input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE | <input type="checkbox"/> MORTE |
| NP do bandido ou AB: | CPF da vítima: | Nome completo da vítima: | |
| 753.903.304-4 Khassama Vallesca Olmeida da Silva | | | |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MÍNIMA DA PESSOA FÍSICA (VIA CNE/INSCRIÇÃO CIVIL/INSCRIÇÃO SP/448/2003) | | | |
| Nome completo: | | CPF: | 062.544.644-7 |
| Profissão: | Esposa: | Município: | Complemento: |
| motorista | Paula Guimarães | 170 | |
| Salário: | Classe: | Estado: | CEP: |
| Risco 1000 | Brach | PE | 55500-000 |
| E-mail: | Tel. (DDD): | | |
| Declaro, para todos os fins de direito, residir na endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA). | | | |
| DADOS CADASTRAIS | | | |
| FAIXA MÍNIMA: | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | | ATÉ R\$10.000,00 | R\$10.000,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | | R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| | | R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | ACIMA DE R\$10.000,00 |
| DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ANEXAR UMA FOLHA DE CONTA | | | |
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Banco para os bônus-dádiva. Autodeclarada capital) | | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Banco de bônus) | |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (207) <input type="checkbox"/> Itaú (041) | | Nome do BANCO: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | | | |
| AGÊNCIA: 1640 | 01 | CONTA: 00126.2911 | 01 |
| (Inserir o dígito de verif.) | | (Inserir o dígito de verif.) | |
| | | (Inserir o dígito de verif.) | |
| Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido. | | | |

DECLARAÇÃO DE ALIENAÇÃO DE LÂMINAS DO INI - PRAZONERAMENTO DO DOCUMENTO PARA COBERTURA DE MORTE

| | |
|---|--|
| Declaro, sob os passos da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo de Instituto Médico Legal (IML) para a PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE INFILHOS/VIDÊNCIA S/A do Seguro DPVAT por INVALIDEZ PERMANENTE, uma vez que (inscrever nome das aplicações): | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atende a regras do acidente ou da minha realidade; ou | |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a regras do acidente ou da minha realidade não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou | |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a regras do acidente ou da minha realidade realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias. | |
| Pelo motivo acima, solicito o prazonamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por INVALIDEZ PERMANENTE, para a PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE INFILHOS/VIDÊNCIA S/A apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as clínicas de Seguradoras Lider para verificação de indenização equivalente ao valor da indenização permanente devidas de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 36, §1º, declarando que esta autorização não significa privar o beneficiário com a sua assistência médica ou remuneração direta de contemplar, caso decorrente da sua condição. | |

75 MAI 2019

PROTOCOLO

| | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| DECLARAÇÃO DE DIREITOS BENEFICIÁRIOS - PRAZONERAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE | | | | | | | | |
| Estado civil da vítima | <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro | <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Separado judicialmente | <input type="checkbox"/> Viúvo | | | |
| Nome da Parentesca com a vítima | Vítima deixou compatriota(s): | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Se a vítima deixou compatriota(s), informar o nome completo: | | | | |
| Vítima teve filhos? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Se tinha filhos, informar quantos: | Vítima deixou netos (caso necessário): | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | | |
| | | | Vítima deixou netos (caso necessário): | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Vítima deixou parentes vivos? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Sabe adata de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias que se apresentarem e provarem essa condição, estando ciente, ainda, de que qualquer amissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 230 do Código Penal. | | | | | | | | |

| | |
|--|--|
| Local e Data: Recife, 10-05-19 | Assinatura da vítima/beneficiário (poderá ser feita por parentes ou representante) |
| Nome: Khassama Vallesca Olmeida da Silva | Assinatura da vítima/beneficiário (poderá ser feita por parentes ou representante) |
| CPF: 753.903.304-4 | Assinatura do Representante Legal (se houver) |
| (*) Assinatura da pessoa assinante A ROBO | |
| Assinatura da vítima/beneficiário (poderá ser feita por parentes ou representante) | |
| Assinatura do Procurador (se houver) | |
| Assinatura do Representante Legal (se houver) | |

| |
|-------------------------------------|
| TESTIMUNHAR |
| 01 Nome: CORDEIRO DE MELLO JUNIOR |
| CPF: 111.111.111-11 |
| COMPROV. VIDA: PREVIDÊNCIA S/A |
| 11 MAI 2019 |
| 02 Nome: _____ |
| CPF: _____ |
| PROTOCOLO |
| AGÊNCIA RECIFE |

(*) A vítima/beneficiário não afechado deverá assinar sobre peças afechadas, maior e menor, para preservar a validade do documento. A SEU ROBO, na presença de 2 (dois) testemunhas, assinatura e assinatura, comprometendo-se a devolver o valor da indenização, antes do prazonamento e cancelamento.

NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPI.001 VOL1/2018





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 | HISTÓRICO | VALOR |
|----------------|--------|----------------|-----------|-------|
| SALDO ANTERIOR | | | | 2,90C |
| Mai | | | | |
| 18/05 | 000000 | REM BASICA | | 0,00C |
| 25/05 | 000000 | REM BASICA | | 0,00C |
| 27/05 | 190514 | SAQUE TERMINAL | | 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
Dúvidas da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

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

COMPRE
19 JUN 2019
PROTÓCOLO
LÓGICA DESEJO





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

| | | | |
|--|---|--|---|
| 1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: | | <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE | |
| 2 - Nº do sinistro ou ASL: | | 3 - CPF da vítima: | 4 - Nome completo da vítima: RHAVANA VALESKA 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 VALESKA 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: JABOTÃO DOS GUARARAPES | 13 - Estado: PE | 14 - CEP: 54360-465 |
| 15 - E-mail: | 16 - Tel.(DDD): | | |

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:

| | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

| |
|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caja Económica 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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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.

02 JUN 2019

REC DENCIA RECIFE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Prazo do
obligado

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (fénase): 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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/a pedido

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

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

38 - 1º | Nome:
CPF: _____

Assinatura da testemunha
39 - 2º | Nome:
CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





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 415/2012

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: JABOTÃO DOS GUARARAPES 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54360-865
 15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anexe uma cópia)
 Bradesco (257) Itaú (345)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: 1580 CONTA: 00126291 1 CONTA CORRENTE (Todas as bancos)
 (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com a apresentação da representante, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das perdas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 36, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância para futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

02 JUN 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Filho(a) Irmão(a) Nenhum parentesco 26 - Vítima deixou compenheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou compenheiro(a), informar o nome: AGÊNCIA RECIFE

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Palmeiros: Sim Não 30 - Vítima deixou herdeiro(a) natural(a): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Palmeiros: Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de 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 o rogo/a pedido

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

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

38 - 1º | Nome:
CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:
CPF:

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



CAIXA

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

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

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
ÚLTIMOS 30 DIAS

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

| DATA | VALOR |
|-------|-------|
| 10/06 | 0,80 |

| MOVIMENTAÇÃO | DATA | NR.DOC | HISTÓRICO | VALOR |
|----------------|--------|--------------|-----------|-------|
| SALDO ANTERIOR | | | | 2,90C |
| | | | | Meio |
| 18/05 | 000000 | REM BASICA | | 0,00C |
| 25/05 | 000000 | REM BASICA | | 0,00C |
| 27/05 | 190514 | SAC/TERMINAL | | 2,100 |

Junho

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

RESUMO EM 18/05

| | |
|-------|-------|
| 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: 0800-726 0101
Dúvidas da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha a(s) hipótese(s) de cobertura: BAMS (DIÁPIGAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

| | | |
|------------------------------|--------------------|---|
| 2 - N° de Identificação PSL: | 3 - CPF da vítima: | 4 - Nome completo da vítima: RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA |
|------------------------------|--------------------|---|

| | | | |
|---|---|------------------------------|--------------------------------|
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FADA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SOSEP N° 005/2012 | | | |
| 5 - Nome exímito: | 6 - CEP: | | |
| RHAVANA VALESCA ALMEIDA DA SILVA | 713.903.904-62 | | |
| 7 - Profissão: NÃO INFORMADA | 8 - Endereço: ESTRADA DA USPRA | 9 - Município: 328 | 10 - Complemento: PE |
| 11 - Bairro: MURIBUCUINHA | 12 - Cidade: JABOTATÃO DOS GUARARAPES | 13 - Estado: PE | 14 - CEP: 54380-465 |
| 15 - Bairro: | | 16 - Telefone: | (81)28884-7576 |

VALORES DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTORES CURADORES) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADORIA

| | |
|---|---|
| 17 - Nome completo do Representante Legal: EDSON ALMEIDA DA SILVA | 18 - CPF do Representante Legal: 186257894-71 |
|---|---|

19 - Profissão do Representante Legal:
NÃO INFORMADA

Declaro, para todos os fins de direito, rendir os esclarecimentos informados, conforme comprovante anexo (ANEKAR CÓMIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

| | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> NÃO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.060,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.301,00 ATÉ R\$3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$3.000,00 |

21 - DADOS BANCARIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADORES/TUTORES)

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> CONTA POUBANÇA (sócorrente para os bancos abaixo, destinar uma opção) | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (destinar todos) |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) | Nome do BANCO: _____ |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (103) | |

AGÊNCIA: **1550** CONTA: **013.89126291** Informar o agência
(informar o digito da agência) Informar o digito da conta

Autorizo à Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/transferência do Seguro DPVAT a título de lucro direto, recorrente e dando, desde já e soberamente após a efetivação do crédito, autorização total do valor recebido.

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

Declaro, só as genitais da lei, a) que não tenho, nem tive, nenhuma lesão que impeça a realização das atividades diárias para a vida de requerimento de invalidade permanente, ou b) que tenho, mas por motivo de permanente, uso de óculos e/ou prótese dentária.

- Não tenho, ou tenho a região do acidente ou da minha residência, ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perdas para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima citado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido: de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desse jeito, com me submeter à avaliação médica da cútua da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões acima citadas descrevendo o acidente de trânsito, conforme Lei 10.846/94, art. 39, §3º, declarando que essa autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou residência ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conselho.

DECLARAÇÃO DE LÍNEAS DE BENEFÍCIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

| | | | |
|--------------|-----------------|--------------|------------------|
| 23 - Estado: | 24 - Município: | 25 - Bairro: | 26 - Logradouro: |
|--------------|-----------------|--------------|------------------|

| | | | |
|---|--|---|--|
| 23 - Causa de Falecimento com a vítima: | 24 - Vítima deixou companionheiros(a): | 25 - Se a vítima deixou companionheiros(a), informar o nome completo: | |
|---|--|---|--|

| | | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|--|--|---|
| 26 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 27 - Se faleceu: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 28 - Se a vítima deixou companionheiros(a), informar o nome completo: | 29 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 32 - Se faleceu: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 33 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 34 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
|--|--|---|--|---|--|--|--|---|

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso constate, a indenização do Seguro DPVAT para todos aqueles beneficiários que em ação judicial ou processual, estiverem comprovando que a declaração não verdadeira poderá gerar a cobrança de ressarcimento além de ressarcimento integral ao artigo 290 da Código Penal.

35 - Faz parte da declaração de que a Seguradora Lider pagará, caso constate, a indenização do Seguro DPVAT para todos aqueles beneficiários que em ação judicial ou processual, estiverem comprovando que a declaração não verdadeira poderá gerar a cobrança de ressarcimento além de ressarcimento integral ao artigo 290 da Código Penal.

36 - Faz parte da declaração de que a Seguradora Lider pagará, caso constate, a indenização do Seguro DPVAT para todos aqueles beneficiários que em ação judicial ou processual, estiverem comprovando que a declaração não verdadeira poderá gerar a cobrança de ressarcimento além de ressarcimento integral ao artigo 290 da Código Penal.

37 - Faz parte da declaração de que a Seguradora Lider pagará, caso constate, a indenização do Seguro DPVAT para todos aqueles beneficiários que em ação judicial ou processual, estiverem comprovando que a declaração não verdadeira poderá gerar a cobrança de ressarcimento além de ressarcimento integral ao artigo 290 da Código Penal.

38 - Faz parte da declaração de que a Seguradora Lider pagará, caso constate, a indenização do Seguro DPVAT para todos aqueles beneficiários que em ação judicial ou processual, estiverem comprovando que a declaração não verdadeira poderá gerar a cobrança de ressarcimento além de ressarcimento integral ao artigo 290 da Código Penal.

39 - Faz parte da declaração de que a Seguradora Lider pagará, caso constate, a indenização do Seguro DPVAT para todos aqueles beneficiários que em ação judicial ou processual, estiverem comprovando que a declaração não verdadeira poderá gerar a cobrança de ressarcimento além de ressarcimento integral ao artigo 290 da Código Penal.

40 - Faz parte da declaração de que a Seguradora Lider pagará, caso constate, a indenização do Seguro DPVAT para todos aqueles beneficiários que em ação judicial ou processual, estiverem comprovando que a declaração não verdadeira poderá gerar a cobrança de ressarcimento além de ressarcimento integral ao artigo 290 da Código Penal.

41 - Faz parte da declaração de que a Seguradora Lider pagará, caso constate, a indenização do Seguro DPVAT para todos aqueles beneficiários que em ação judicial ou processual, estiverem comprovando que a declaração não verdadeira poderá gerar a cobrança de ressarcimento além de ressarcimento integral ao artigo 290 da Código Penal.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): **Rhavana Valeca Almeida da Silva**

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

44 - Assinatura do Advogado (se houver):

45 - Assinatura do Testemunha:

46 - Assinatura do Advogado (se houver):

47 - Assinatura do Testemunha:

48 - Assinatura do Advogado (se houver):

49 - Assinatura do Testemunha:

50 - Assinatura do Advogado (se houver):

51 - Assinatura do Testemunha:

52 - Assinatura do Advogado (se houver):

53 - Assinatura do Testemunha:

54 - Assinatura do Advogado (se houver):

55 - Assinatura do Testemunha:

56 - Assinatura do Advogado (se houver):

57 - Assinatura do Testemunha:

58 - Assinatura do Advogado (se houver):

59 - Assinatura do Testemunha:

60 - Assinatura do Advogado (se houver):

61 - Assinatura do Testemunha:

62 - Assinatura do Advogado (se houver):

63 - Assinatura do Testemunha:

64 - Assinatura do Advogado (se houver):

65 - Assinatura do Testemunha:

66 - Assinatura do Advogado (se houver):

67 - Assinatura do Testemunha:

68 - Assinatura do Advogado (se houver):

69 - Assinatura do Testemunha:

70 - Assinatura do Advogado (se houver):

71 - Assinatura do Testemunha:

72 - Assinatura do Advogado (se houver):

73 - Assinatura do Testemunha:

74 - Assinatura do Advogado (se houver):

75 - Assinatura do Testemunha:

76 - Assinatura do Advogado (se houver):

77 - Assinatura do Testemunha:

78 - Assinatura do Advogado (se houver):

79 - Assinatura do Testemunha:

80 - Assinatura do Advogado (se houver):

81 - Assinatura do Testemunha:

82 - Assinatura do Advogado (se houver):

83 - Assinatura do Testemunha:

84 - Assinatura do Advogado (se houver):

85 - Assinatura do Testemunha:

86 - Assinatura do Advogado (se houver):

87 - Assinatura do Testemunha:

88 - Assinatura do Advogado (se houver):

89 - Assinatura do Testemunha:

90 - Assinatura do Advogado (se houver):

91 - Assinatura do Testemunha:

92 - Assinatura do Advogado (se houver):

93 - Assinatura do Testemunha:

94 - Assinatura do Advogado (se houver):

95 - Assinatura do Testemunha:

96 - Assinatura do Advogado (se houver):

97 - Assinatura do Testemunha:

98 - Assinatura do Advogado (se houver):

99 - Assinatura do Testemunha:

100 - Assinatura do Advogado (se houver):

101 - Assinatura do Testemunha:

102 - Assinatura do Advogado (se houver):

103 - Assinatura do Testemunha:

104 - Assinatura do Advogado (se houver):

105 - Assinatura do Testemunha:

106 - Assinatura do Advogado (se houver):

107 - Assinatura do Testemunha:

108 - Assinatura do Advogado (se houver):

109 - Assinatura do Testemunha:

110 - Assinatura do Advogado (se houver):

111 - Assinatura do Testemunha:

112 - Assinatura do Advogado (se houver):

113 - Assinatura do Testemunha:

114 - Assinatura do Advogado (se houver):

115 - Assinatura do Testemunha:

116 - Assinatura do Advogado (se houver):

117 - Assinatura do Testemunha:

118 - Assinatura do Advogado (se houver):

119 - Assinatura do Testemunha:

120 - Assinatura do Advogado (se houver):

121 - Assinatura do Testemunha:

122 - Assinatura do Advogado (se houver):

123 - Assinatura do Testemunha:

124 - Assinatura do Advogado (se houver):

125 - Assinatura do Testemunha:

126 - Assinatura do Advogado (se houver):

127 - Assinatura do Testemunha:

128 - Assinatura do Advogado (se houver):

129 - Assinatura do Testemunha:

130 - Assinatura do Advogado (se houver):

131 - Assinatura do Testemunha:

132 - Assinatura do Advogado (se houver):

133 - Assinatura do Testemunha:

134 - Assinatura do Advogado (se houver):

135 - Assinatura do Testemunha:

136 - Assinatura do Advogado (se houver):

137 - Assinatura do Testemunha:

138 - Assinatura do Advogado (se houver):

139 - Assinatura do Testemunha:

140 - Assinatura do Advogado (se houver):

141 - Assinatura do Testemunha:

142 - Assinatura do Advogado (se houver):

143 - Assinatura do Testemunha:

144 - Assinatura do Advogado (se houver):

145 - Assinatura do Testemunha:

146 - Assinatura do Advogado (se houver):

147 - Assinatura do Testemunha:

148 - Assinatura do Advogado (se houver):

149 - Assinatura do Testemunha:

150 - Assinatura do Advogado (se houver):

151 - Assinatura do Testemunha:

152 - Assinatura do Advogado (se houver):

153 - Assinatura do Testemunha:

154 - Assinatura do Advogado (se houver):

155 - Assinatura do Testemunha:

156 - Assinatura do Advogado (se houver):

157 - Assinatura do Testemunha:

158 - Assinatura do Advogado (se houver):

159 - Assinatura do Testemunha:

160 - Assinatura do Advogado (se houver):

161 - Assinatura do Testemunha:

162 - Assinatura do Advogado (se houver):

163 - Assinatura do Testemunha:

164 - Assinatura do Advogado (se houver):

165 - Assinatura do Testemunha:

166 - Assinatura do Advogado (se houver):

167 - Assinatura do Testemunha:

168 - Assinatura do Advogado (se houver):

169 - Assinatura do Testemunha:

170 - Assinatura do Advogado (se houver):

171 - Assinatura do Testemunha:

172 - Assinatura do Advogado (se houver):

173 - Assinatura do Testemunha:

174 - Assinatura do Advogado (se houver):

175 - Assinatura do Testemunha:

176 - Assinatura do Advogado (se houver):

177 - Assinatura do Testemunha:

178 - Assinatura do Advogado (se houver):

179 - Assinatura do Testemunha:

180 - Assinatura do Advogado (se houver):

181 - Assinatura do Testemunha:

1



1 de 2

09/10/2018 16:08

Boletim de Ocorrência

http://IC.JU.scr/3D3/infopol/xmLBO_EPreview.html



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 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 - 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 PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/08/2020 09:32:31
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082509323183700000065609511>
Número do documento: 20082509323183700000065609511

Num. 66880130 - Pág. 16

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: 8/9/2001 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10409126/SDS/PE (RG), 71396299492 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ESCADA, 119, RUA GUANABARA - CEP: 6 - 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: 10/2/1981 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:

COMPREV

COMPREV VIU/F - REVISIÃO SIA

1 de 2

11 MAI 2019

09/10/2018 16:41

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/infopad/xml/BOLEPREVIEW.html

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

6710378/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Telefones Celulares:
- 85306341

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE RECIFE, 91, RUA PRAIA CANOA QUEBRADA VILA DOS PALMARES MURIBEGA - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO 1, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO 1 Categórico/Marcas/Modelo: AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

CAMIONETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO 2, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO 1 Categórico/Marcas/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 COLIDIU NA PERNAS 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



(VITIMAS)

MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA
(NOTICIANTE)

Maria do Carmo Lima

B.O. registrado por: WASHINGTON BATISTA LIMA / Matrícula: 228818-8

Washin

09/10/2018 16:44



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/08/2020 09:32:31
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082509323183700000065609511>
Número do documento: 20082509323183700000065609511

Num. 66880130 - Pág. 18



1 de 2

09/10/2018 16:08

Boletim de Ocorrência

<http://IC.JU.scr/3D3/infopol/xmLBCEDPreview.html>



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 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 - 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 PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s) Sr(s):
DESCONHECIDO 1
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s) Sr(s):
DESCONHECIDO 2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/08/2020 09:32:31
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082509323183700000065609511>
Número do documento: 20082509323183700000065609511

Num. 66880130 - Pág. 19

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: 8/9/2001 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10409126/SDS/PE (RG), 71396299492 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ESCADA, 119, RUA GUANABARA - CEP: 6 - 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: 10/2/1981 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:

COMPREV

COMPREV VIU/F - REVISIÃO SIA

1 de 2

11 MAI 2019

09/10/2018 16:41

Boletim de Ocorrência

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

file:///C:/Users/SDS/infopad/xml/BOLEPREVIEW.html

6710378/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Telefones Celulares: 85306341

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE RECIFE, 91, RUA PRAIA CANOA QUEBRADA VILA DOS PALMARES MURIBEGA - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO 1, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO 1 Categórico/Marcas/Modelo: AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

CAMIONETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO 2, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO 1 Categórico/Marcas/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 COLIDIU NA PERNAS 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



(VITIMAS)

MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA
(NOTICIANTE)

Maria do Carmo Lima

B.O. registrado por: WASHINGTON BATISTA LIMA / Matrícula: 228818-8

Washin

09/10/2018 16:44



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/08/2020 09:32:31
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082509323183700000065609511>
Número do documento: 20082509323183700000065609511

Num. 66880130 - Pág. 21



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA 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 PÚBLICA**

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), 71380390462 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
 Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ESCADA, 116, 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: **MAREA 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: **- 86806841**



10/05/2019

Boletim de Oceanografia

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE RECIFE, 1, RUA PRAMA CANHA QUEBRADA VILA DOS PALMARES MURIBECA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRÔ - RECIFE/PERNAMBUCOBRASIL**

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)

SEGURO (SEU)

AUTOMÓVEL NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto anexado: N/A

Quantidade: 01 UNIDADE NÃO INFORMADA

PLACA: P2008AZA / PERNAMBUCO NÃO INFORMADO

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

1

Câmara Municipal de São Luís - SISTEMA DE GESTÃO INTEGRAL - INFORMAÇÕES INTEGRADAS - 2016

Qualidade de vida para a sua família

PLANO DE AGRICULTURA (PERMANEÇO 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 EMBREAGEZ SEGUNDO A NARRATIVA DA MÃE DA VÍTIMA COLIDI 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 HELEDO CÂMARA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente(n) na(s) unidade(s) policial(ies)

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

MARIA DO CARMO LIMA DA SILVA
(NOTICIANTE)

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

the 1997-1998 series, which had more than twice the number of

23



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/08/2020 09:32:31
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082509323183700000065609511>
Número do documento: 20082509323183700000065609511

Num. 66880130 - Pág. 23



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: | Nome completo da vítima: | | |
| 453.903.904-4 Rhayana Valéscia 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 | | |
| Profissão: | Endereço: | CPF: | Complemento: | 062.578.694-71 |
| Imobay | Rua Guanabara | Número: | 110 | |
| Bairro: | Cidade: | Estado: | CEP: | PE 55500-000 |
| E-mail: | | Tel. (DDD): | | |

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

RECLUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

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

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

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e 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 | TESTEMUNHAS |
| Nome: | | 1º Nome: <input type="checkbox"/> COMPREF CPF: _____ |
| CPF: | | COMPREF VIDA E PREVIDÊNCIA S/A |
| (*) Assinatura de quem assina A ROGO | | 11 MAI 2019 |
| Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) | | 2º Nome: _____ CPF: _____ |
| Assinatura do Representante Legal (se houver) | | PROTOCOLO 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 ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho
Secretaria Municipal de Saúde



DECLARAÇÃO

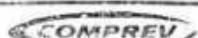
Consta em nº de ocorrência **5523762** que o SAMU Cabo de Santo Agostinho foi solicitado para prestar atendimento a menor **Rhavana Valesca Almeida da Silva**, portadora da cédula de Identidade nº **10.409.186 SDS PE** e CPF: **713.903.904 - 62**; no dia 07 setembro de 2018, às 19h37, na Rua dos Funcionários 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 192
Fábio Marinho
Coord. Geral
SAMU 192 Cabo
Mat. 43.080


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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/08/2020 09:32:31
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082509323183700000065609511>
Número do documento: 20082509323183700000065609511

Num. 66880130 - Pág. 25



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

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50.050-902
CNPJ 52.835.933/0001-48 | Inscrição Estadual 2003942-90 | www.cepe.com.br

www.RiaMeteo.YD.RU

gratuito da operadora CONVERSA

ANSWER 110

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

PIACO MANHÃ ESCADA
PIACADA PE

RESIDENCIAL
ESTUARIA COMAS

56500-000

N° DA NOTA FISCAL: 031286741
 DÉCADA: 1109/2018
 APRESENTAÇÃO: N° DO CLIENTE: 1085279
 DATA: 2018/09/17 10:39

55500-000
CONTA CONTRATO NESSANO
4007335488 09/2018

18

1969

| QUANTITADE | PESO (KG) | VALOR (R\$) |
|------------|------------|-------------|
| 30.0000000 | 3.18699458 | 5,55 |
| 25.0000000 | 3.37066215 | 6,65 |
| | | 1,41 |
| | | 2,73 |
| | | 0,77 |
| | | 0,28 |
| | | 0,54 |
| | | 0,98 |

1263

TOTAL FATE 444

ESTIMACIONES DE LOS PARÁMETROS DE LA ECUACIÓN DE CONSUMO

| Nº DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR | | DATA | LEITURA | DIAS | VALOR |
|---------------|----------------|------------|----------|------------|----------|------|----------|
| | | DATA | LEITURA | | | | |
| 311116070 | CAT | 10/06/2018 | 4.000,00 | 11/06/2018 | 4.110,00 | 31 | 1.000,00 |

| SISTEMA DE GESTÃO | BASE DE VALOR | % | VALOR DO CONSUMO | COMPOSIÇÃO DO CONSUMO | | |
|-------------------|------------------|-----|---------------------|-----------------------|-----|-----|
| | | | | Orçamento de Energia | FE | FC |
| 1 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 3 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 4 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 5 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 6 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 7 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 8 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 9 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 10 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 11 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 12 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 13 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 14 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 15 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 16 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 17 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 18 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 19 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 20 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 21 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 22 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 23 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 24 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 25 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 26 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 27 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 28 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 29 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 30 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 31 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 32 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 33 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 34 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 35 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 36 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 37 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 38 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 39 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 40 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 41 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 42 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 43 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 44 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 45 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 46 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 47 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 48 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 49 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 50 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 51 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 52 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 53 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 54 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 55 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 56 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 57 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 58 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 59 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 60 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 61 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 62 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 63 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 64 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 65 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 66 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 67 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 68 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 69 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 70 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 71 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 72 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 73 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 74 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 75 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 76 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 77 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 78 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 79 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 80 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 81 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 82 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 83 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 84 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 85 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 86 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 87 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 88 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 89 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 90 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 91 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 92 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 93 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 94 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 95 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 96 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 97 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 98 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 99 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

| Month | Year | Number of cases | Number of deaths | Case fatality rate |
|---------|------|-----------------|------------------|--------------------|
| Mar '10 | 71 | 1 | 0 | 1.4% |
| Apr '10 | 98 | 1 | 0 | 1.0% |
| May '10 | 37 | 0 | 0 | 0.0% |
| Jun '10 | 72 | 0 | 0 | 0.0% |

www.vivacenter.com

Alzheimers Dis Assoc Disord 2000;14:414-420. Copyright © 2000 by W.B. Saunders Company, Inc. All rights reserved. 1087-4791/00/1404-0414\$15.00/0

| CÓDIGO | VALOR APROXIMADO | LIMITE MÍNIMO | LIMITE MÁXIMO | LIMITE ANUAL | TENSÃO NOMINAL (V) | | LIMITE DE VARIAÇÃO (%) |
|--------|---------------------|------------------|------------------|-----------------|-----------------------|--------|------------------------|
| | | | | | MÍNIMO | MÁXIMO | |
| 500016 | 1,00 | 0,91 | 1,11 | 1,04 | 270 | 282 | 231 |
| | 1,00 | 1,42 | 0,97 | 1,27 | | | |
| | 0,98 | 1,48 | 0,98 | 0,98 | | | |



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/08/2020 09:32:31
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008250932318370000065609511>
Número do documento: 2008250932318370000065609511

Num. 66880130 - Pág. 26



DADOS DO CLIENTE

EDMILSON DA PENHA SILVA
MCI0054P03
CPF: 773 578 844-49 NIS: 21251178026

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA CDM/MS

| Nº DA NOTA FISCAL | PERÍODO | DATA DE VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|-------------------|------------|--------------------|---------------------|
| 003409727 | 01/05/2019 | 07/06/2019 | 5,04 |

Consumo Ativo (28 30 kWh)
Acréscimo Bandeira AMARELA
Compenso DUC Tumelai 01/19
Compenso DMC 09/19

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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Bua Vista, Recife - PE, CEP 52055-602
CNPJ 10.835.932/0001-06 | Insc. Est. 0005943-03 | www.celpa.com.br

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
ET DA USINA 328 AP-3 BL-H QD-V

MURIBEQUINA/JABOATÃO
JABOATÃO DOS GUARARAPES PE
54380-485

| CONTA CONTRATO | DATA |
|---------------------|------------|
| 7030714525 | 05/2019 |
| DATA DE VENCIMENTO | 22/06/2019 |
| TOTAL A PAGAR (R\$) | 5,04 |

DESCRÍPCAO DA NOTA FISCAL

| QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|------------|-------------|-------------|
| 30.0000000 | 0,16531504 | 5,05 |
| | | 0,08 |
| | | -0,08 |
| | | -0,51 |

| TOTAL DA FATURA | | DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE STA NOTA FISCAL | | | | | | | |
|-----------------|----------------|---|-------|------------|---------|------------|-----------|--------|---------------|
| Nº DO MÉDICO | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR | DATA | ATUAL | LEITURA | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (kWh) |
| 003409727 | CAT | 2019-05-01 | 11:00 | 2019-05-14 | 12:00 | 29 | 1.000000 | 1,00 | 5,04 |

| HISTÓRICO DE CONSUMO | | INFORMAÇÕES DE TRIBUTAÇÃO | |
|----------------------|----|---------------------------|------------------|
| MAR/19 | | BASE DE CÁLCULO | VALOR DO IMPÔSTO |
| MAR/19 | 30 | 5,00 | 0,08 |
| ABR/19 | 30 | 5,00 | 0,08 |
| MAR/19 | 30 | 5,00 | 0,08 |
| FEV/19 | 30 | 5,00 | 0,08 |
| JAN/19 | 30 | 5,00 | 0,08 |
| DEZ/18 | 30 | 5,00 | 0,08 |
| NOV/18 | | | |
| OUT/18 | | | |
| SET/18 | | | |
| AGO/18 | | | |
| Jul/18 | | | |
| ABR/18 | | | |
| MAR/18 | | | |
| FEV/18 | | | |
| JAN/18 | | | |
| DEZ/17 | | | |
| NOV/17 | | | |
| OUT/17 | | | |
| SET/17 | | | |
| AGO/17 | | | |
| JUL/17 | | | |
| JUN/17 | | | |
| MAR/17 | | | |
| FEV/17 | | | |
| JAN/17 | | | |
| DEZ/16 | | | |
| NOV/16 | | | |
| OUT/16 | | | |
| SET/16 | | | |
| AGO/16 | | | |
| JUL/16 | | | |
| JUN/16 | | | |
| MAR/16 | | | |
| FEV/16 | | | |
| JAN/16 | | | |
| DEZ/15 | | | |
| NOV/15 | | | |
| OUT/15 | | | |
| SET/15 | | | |
| AGO/15 | | | |
| JUL/15 | | | |
| JUN/15 | | | |
| MAR/15 | | | |
| FEV/15 | | | |
| JAN/15 | | | |
| DEZ/14 | | | |
| NOV/14 | | | |
| OUT/14 | | | |
| SET/14 | | | |
| AGO/14 | | | |
| JUL/14 | | | |
| JUN/14 | | | |
| MAR/14 | | | |
| FEV/14 | | | |
| JAN/14 | | | |
| DEZ/13 | | | |
| NOV/13 | | | |
| OUT/13 | | | |
| SET/13 | | | |
| AGO/13 | | | |
| JUL/13 | | | |
| JUN/13 | | | |
| MAR/13 | | | |
| FEV/13 | | | |
| JAN/13 | | | |
| DEZ/12 | | | |
| NOV/12 | | | |
| OUT/12 | | | |
| SET/12 | | | |
| AGO/12 | | | |
| JUL/12 | | | |
| JUN/12 | | | |
| MAR/12 | | | |
| FEV/12 | | | |
| JAN/12 | | | |
| DEZ/11 | | | |
| NOV/11 | | | |
| OUT/11 | | | |
| SET/11 | | | |
| AGO/11 | | | |
| JUL/11 | | | |
| JUN/11 | | | |
| MAR/11 | | | |
| FEV/11 | | | |
| JAN/11 | | | |
| DEZ/10 | | | |
| NOV/10 | | | |
| OUT/10 | | | |
| SET/10 | | | |
| AGO/10 | | | |
| JUL/10 | | | |
| JUN/10 | | | |
| MAR/10 | | | |
| FEV/10 | | | |
| JAN/10 | | | |
| DEZ/09 | | | |
| NOV/09 | | | |
| OUT/09 | | | |
| SET/09 | | | |
| AGO/09 | | | |
| JUL/09 | | | |
| JUN/09 | | | |
| MAR/09 | | | |
| FEV/09 | | | |
| JAN/09 | | | |
| DEZ/08 | | | |
| NOV/08 | | | |
| OUT/08 | | | |
| SET/08 | | | |
| AGO/08 | | | |
| JUL/08 | | | |
| JUN/08 | | | |
| MAR/08 | | | |
| FEV/08 | | | |
| JAN/08 | | | |
| DEZ/07 | | | |
| NOV/07 | | | |
| OUT/07 | | | |
| SET/07 | | | |
| AGO/07 | | | |
| JUL/07 | | | |
| JUN/07 | | | |
| MAR/07 | | | |
| FEV/07 | | | |
| JAN/07 | | | |
| DEZ/06 | | | |
| NOV/06 | | | |
| OUT/06 | | | |
| SET/06 | | | |
| AGO/06 | | | |
| JUL/06 | | | |
| JUN/06 | | | |
| MAR/06 | | | |
| FEV/06 | | | |
| JAN/06 | | | |
| DEZ/05 | | | |
| NOV/05 | | | |
| OUT/05 | | | |
| SET/05 | | | |
| AGO/05 | | | |
| JUL/05 | | | |
| JUN/05 | | | |
| MAR/05 | | | |
| FEV/05 | | | |
| JAN/05 | | | |
| DEZ/04 | | | |
| NOV/04 | | | |
| OUT/04 | | | |
| SET/04 | | | |
| AGO/04 | | | |
| JUL/04 | | | |
| JUN/04 | | | |
| MAR/04 | | | |
| FEV/04 | | | |
| JAN/04 | | | |
| DEZ/03 | | | |
| NOV/03 | | | |
| OUT/03 | | | |
| SET/03 | | | |
| AGO/03 | | | |
| JUL/03 | | | |
| JUN/03 | | | |
| MAR/03 | | | |
| FEV/03 | | | |
| JAN/03 | | | |
| DEZ/02 | | | |
| NOV/02 | | | |
| OUT/02 | | | |
| SET/02 | | | |
| AGO/02 | | | |
| JUL/02 | | | |
| JUN/02 | | | |
| MAR/02 | | | |
| FEV/02 | | | |
| JAN/02 | | | |
| DEZ/01 | | | |
| NOV/01 | | | |
| OUT/01 | | | |
| SET/01 | | | |
| AGO/01 | | | |
| JUL/01 | | | |
| JUN/01 | | | |
| MAR/01 | | | |
| FEV/01 | | | |
| JAN/01 | | | |
| DEZ/00 | | | |
| NOV/00 | | | |
| OUT/00 | | | |
| SET/00 | | | |
| AGO/00 | | | |
| JUL/00 | | | |
| JUN/00 | | | |
| MAR/00 | | | |
| FEV/00 | | | |
| JAN/00 | | | |
| DEZ/99 | | | |
| NOV/99 | | | |
| OUT/99 | | | |
| SET/99 | | | |
| AGO/99 | | | |
| JUL/99 | | | |
| JUN/99 | | | |
| MAR/99 | | | |
| FEV/99 | | | |
| JAN/99 | | | |
| DEZ/98 | | | |
| NOV/98 | | | |
| OUT/98 | | | |
| SET/98 | | | |
| AGO/98 | | | |
| JUL/98 | | | |
| JUN/98 | | | |
| MAR/98 | | | |
| FEV/98 | | | |
| JAN/98 | | | |
| DEZ/97 | | | |
| NOV/97 | | | |
| OUT/97 | | | |
| SET/97 | | | |
| AGO/97 | | | |
| JUL/97 | | | |
| JUN/97 | | | |
| MAR/97 | | | |
| FEV/97 | | | |
| JAN/97 | | | |
| DEZ/96 | | | |
| NOV/96 | | | |
| OUT/96 | | | |
| SET/96 | | | |
| AGO/96 | | | |
| JUL/96 | | | |
| JUN/96 | | | |
| MAR/96 | | | |
| FEV/96 | | | |
| JAN/96 | | | |
| DEZ/95 | | | |
| NOV/95 | | | |
| OUT/95 | | | |
| SET/95 | | | |
| AGO/95 | | | |
| JUL/95 | | | |
| JUN/95 | | | |
| MAR/95 | | | |
| FEV/95 | | | |
| JAN/95 | | | |
| DEZ/94 | | | |
| NOV/94 | | | |
| OUT/94 | | | |
| SET/94 | | | |
| AGO/94 | | | |
| JUL/94 | | | |
| JUN/94 | | | |
| MAR/94 | | | |
| FEV/94 | | | |
| JAN/94 | | | |
| DEZ/93 | | | |
| NOV/93 | | | |
| OUT/93 | | | |
| SET/93 | | | |
| AGO/93 | | | |
| JUL/93 | | | |
| JUN/93 | | | |
| MAR/93 | | | |
| FEV/93 | | | |
| JAN/93 | | | |
| DEZ/92 | | | |
| NOV/92 | | | |
| OUT/92 | | | |
| SET/92 | | | |
| AGO/92 | | | |
| JUL/92 | | | |
| JUN/92 | | | |
| MAR/92 | | | |
| FEV/92 | | | |
| JAN/92 | | | |
| DEZ/91 | | | |
| NOV/91 | | | |
| OUT/91 | | | |
| SET/91 | | | |
| AGO/91 | | | |
| JUL/91 | | | |
| JUN/91 | | | |
| MAR/91 | | | |
| FEV/91 | | | |
| JAN/91 | | | |
| DEZ/90 | | | |
| NOV/90 | | | |
| OUT/90 | | | |
| SET/90 | | | |
| AGO/90 | | | |
| JUL/90 | | | |
| JUN/90 | | | |
| MAR/90 | | | |
| FEV/90 | | | |
| JAN/90 | | | |
| DEZ/89 | | | |
| NOV/89 | | | |
| OUT/89 | | | |
| SET/89 | | | |
| AGO/89 | | | |
| JUL/89 | | | |
| JUN/89 | | | |
| MAR/89 | | | |
| FEV/89 | | | |
| JAN/89 | | | |
| DEZ/88 | | | |
| NOV/88 | | | |
| OUT/88 | | | |
| SET/88 | | | |
| AGO/88 | | | |
| JUL/88 | | | |
| JUN/88 | | | |
| MAR/88 | | | |
| FEV/88 | | | |
| JAN/88 | | | |
| DEZ/87 | | | |
| NOV/87 | | | |
| OUT/87 | | | |
| SET/87 | | | |
| AGO/87 | | | |
| JUL/87 | | | |
| JUN/87 | | | |
| MAR/87 | | | |
| FEV/87 | | | |
| JAN/87 | | | |
| DEZ/86 | | | |
| NOV/86 | | | |
| OUT/86 | | | |
| SET/86 | | | |
| AGO/86 | | | |
| JUL | | | |

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

DADOS DO CLIENTE

EDMILSON DA PENHA SILVA
MCID054P03
CPF: 773.578.844-49 NIS: 21257178026

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

ET DA USINA 328 AP-3
BL-H QD-V
MURIBEQUINHA/JABOATÃO
54360-465 JABOATÃO 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

DATA DE VENCIMENTO

08/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

5,57

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

22/06/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

01/07/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

067235994

CONTA CONTRATO

007030714525

Nº DO CLIENTE

2016682103

Nº DA INSTALAÇÃO

006692358

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

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 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL DA FATURA | | | 5,57 |

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

| 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 | 0,00 | 5,57 | 0,17 | 0,00 | 5,57 | 0,79 | 0,04 |

Tarifas Aplicadas:

Consumo Ativo até 30 kWh 0,18506108

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

HISTÓRICO DO 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 | |
| OUT | 18 | |
| SET | 18 | |
| AGO | 18 | |
| JUL | 18 | |
| JUN | 18 | |

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| NÚMERO DO MEDIADOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR | ATUAL | Nº DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh |
|--------------------|----------------|------------|---------|------------|-----------|--------|-------------------|
| | | DATA | LEITURA | DATA | LEITURA | | |
| 000000003182737711 | CAT | 24/06/2019 | 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 INTERRUPÇÕES

| DESCRIÇÃO | CONJUNTO | VALOR APURADO | META MENSAL | META TRIM. | META ANUAL |
|--|----------|---------------|-------------|---------------------|------------|
| abr/2019 | | | | | |
| DIC-No de horas sem Energia | JABOATÃO | 4,37 | 10,00 | 21,17 | 42,34 |
| FIC-No de vezes sem Energia | | 1,00 | 7,00 | 15,19 | 30,39 |
| DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua | | 4,37 | 5,00 | 0,00 | 0,00 |
| DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico | | | | Limite DICRI: 16,60 | |
| EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 2,86 | | | | | |
| Todo Consumidor pode solicitar a expuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI 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 prx. mês
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 06/04/02 - 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

DESTAQUE AQUI

| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | TOTAL A PAGAR(R\$) | VENCIMENTO | TALÃO DE PAGAMENTO |
|----------------|---------|--------------------|------------|--------------------|
| 007030714525 | 06/2019 | 5,57 | 08/07/2019 | 12 JUN 2019 |

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

EDMILSON DA PENHA SILVA
MCID054P03
CPF: 773.578.844-49 NIS: 21257178026

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

ET DA USINA 328 AP-3
BL-H QD-V
MURIBEQUINHA/JABOATÃO
54360-465 JABOATÃO 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

DATA DE VENCIMENTO

08/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

5,57

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

22/06/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

01/07/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

067235994

CONTA CONTRATO

007030714525

Nº DO CLIENTE

2016682103

Nº DA INSTALAÇÃO

0006692358

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

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 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL DA FATURA | | | 5,57 |

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

| 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 | 0,00 | 5,57 | 0,17 | 0,00 | 5,57 | 0,79 | 0,04 |

Tarifas Aplicadas:

Consumo Ativo até 30 kWh 0,18506108

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

HISTÓRICO DO 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 | |
| OUT | 18 | |
| SET | 18 | |
| AGO | 18 | |
| JUL | 18 | |
| JUN | 18 | |

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| NÚMERO DO MEDIADOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR | ATUAL | Nº DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh |
|--------------------|----------------|------------|---------|------------|-----------|--------|-------------------|
| | | DATA | LEITURA | DATA | LEITURA | | |
| 000000003182737711 | CAT | 24/06/2019 | 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 INTERRUPÇÕES

| DESCRIÇÃO | CONJUNTO | VALOR APURADO | META MENSAL | META TRIM. | META ANUAL |
|--|----------|---------------|-------------|---------------------|------------|
| abr/2019 | | | | | |
| DIC-No de horas sem Energia | JABOATÃO | 4,37 | 10,00 | 21,17 | 42,34 |
| FIC-No de vezes sem Energia | | 1,00 | 7,00 | 15,19 | 30,38 |
| DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua | | 4,37 | 5,00 | 0,00 | 0,00 |
| DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico | | | | Limite DICRI: 16,60 | |
| EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 2,86 | | | | | |
| Todo Consumidor pode solicitar a expuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI 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 prx. mês
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.

Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 06/04/02 - 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) | LIMITES DE VARIAÇÃO(V) | |
|-------------------|------------------------|--------|
| | MÍNIMO | MÁXIMO |
| 220 | 202 | 231 |

 COMPREV AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DESTAQUE AQUI

| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | TOTAL A PAGAR(R\$) | VENCIMENTO | TALÃO DE PAGAMENTO |
|----------------|---------|--------------------|------------|--------------------|
| 007030714525 | 06/2019 | 5,57 | 08/07/2019 | 02 JUN 2019 |

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.

Este canhoto será usado em leitora ótica.

AGÊNCIA RECIFE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA







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**

Dígito 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.)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/08/2020 09:32:31
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082509323183700000065609511>
Número do documento: 20082509323183700000065609511

Num. 66880130 - Pág. 33



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/08/2020 09:32:31
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082509323183700000065609511>
Número do documento: 20082509323183700000065609511

Num. 66880130 - Pág. 34



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

Dígito 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.)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/08/2020 09:32:31
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082509323183700000065609511>
Número do documento: 20082509323183700000065609511

Num. 66880130 - Pág. 35

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO ACETÁBULO E ILÍACO A ESQUERDA

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

Resultados terapêuticos: CONSOLIDACAO 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 |
| | | Total | 35 % | R\$ 4.725,00 |

