



Número: **0000045-71.2020.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Triunfo**

Última distribuição : **03/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 2.483,65**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
SANDERSON DA COSTA QUEIROZ (AUTOR)	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67997 105	15/09/2020 16:34	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)

oi

FIXO



CTC RECIFE PE PLS
HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
PCA QUINZE DE NOVEMBRO,124
CENTRO
56870-000 TRIUNFO PE



7213512020 09457 00000001628 30 09/919

Referência

AGOSTO /2019

Telefone

(87) 3846-1036

Vencimento

15/09/2019

Total a pagar

R\$ 108,14

Resumo da sua fatura



OI FIXO

R\$ 69,20

69,20

PAQUOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL
PAQUOTE DE MINUTOS FIXO-MÓVEL LOCAL
PAQUOTE DE MINUTOS LONGA DISTÂNCIA COM 31
SERVIÇOS DIGITAIS



EXCEDENTES, OUTROS SERVIÇOS E TAXAS

R\$ 38,94

17,54

LIGAÇÕES FIXO-FIXO
LIGAÇÕES FIXO-MÓVEL
SERVIÇOS OUTRAS PRESTADORES E DE TERCEIROS
OUTROS VALORES

14,00

1,92

5,48

Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluído o número 9 à frente dos celulares dos DDDs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55 passando ao formato: (DDD)9xxxx-xxxx.
Mais informações em oi.com.br/9digito.

CÓDIGO MINHA OI
091201460307

www.oi.com.br/MinhaOI
Cadastra-se na minha OI e converse comigo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.

oi

TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ 33.000.116.0014-93 - INSC. ESTADUAL:
161.001.0019146-4
RUA JOAQUIM FELIPE,108 - RECIFE - PE CEP: 50.050-305
MATRIZ CNPJ: 33.000.116/0001-79

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
TELEFONE/CONTRATO: 3846-1036 CJ 0 SU 3
CONTA 08/2019 LOCAL 4652 DV 1

CÓDIGO MINHA OI
091201460307

www.oi.com.br/MinhaOI

Cadastra-se na minha OI e converse comigo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.

84560000001-8 08140024030-5 32049520384-8 61036031908-7



FATURA N.: 1200113357503
VENCIMENTO: 15/09/2019
VALOR A PAGAR R\$ 108,14
CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 091201460307



HOSPITAL SÃO VICENTE
R IN: FÁCIO GOMES ANDRADA SERRA TALHADA - PE
CNPJ: 1380543000163 Fone: (87) 3831.9150

Emissão: 07/07/2019 08:32:55

Página: 2 de 2

Atend	Item da conta	Admissão:	06/07/2019 11:07
Atend	Item: HSV - 00018607 Conta: 00019448 Tipo da Conta: INTERNAMENTO		
Pron	to: 00140392 SANDERSON DA COSTA QUEIROZ		
0004	7 AGULHA DE RAQUI 25G X 3, 1/2	1,00	37,22
0008	2 AVENTAL DESCARTAVEL C/ MANGA	1,00	8,38
0004	3 CLOREXIDINA 2% 1000ML	200,00	0,04
0004	3 CLOREXIDINA 0,5% SOLUÇÃO ALCOOLIC.	200,00	0,04
0004	3 CAMPO OPERATORIO 50*45 - CREMER	10,00	2,42
0004	3 ESPARADRAFO - 10*4,5M - CREMER	60,00	0,07
0006	GORRO C/RE MASCUL. DESC.	7,00	0,42
0006	JELCO N°24 - B BROWN	1,00	18,72
0006	LÂMINA BISTURI N°24	1,00	4,20
0006	LUVA PROCEDIMENTO MÉDIA - TAM: M	5,00	1,60
0006	LUVA CIRURGICA 7,5	3,00	3,96
0006	LUVA CIRURGICA 8,0	2,00	3,96
0006	5 MASCARA DESC. C/AMARRAS	6,00	0,96
0006	7 MONONYLON C/AG 2-0 30MM - 1215T - N	1,00	25,37
0006	1 PROPÉS - SAPATILHAS DESCARTÁVEIS	7,00	0,58
0006	3 PVPI TOPO - RIOQUIMICA	8,00	0,04
0006	3 PULSEIRA IDENTIFICAÇÃO ADULTA	1,00	0,60
0006	SERINGA DESC. C/AG. 1 ML	1,00	3,08
0006	SERINGA DESC. C/AG. 5 ML - LUER LOCK	1,00	2,82
0006	SERINGA DESC. C/AG. 20 ML - LUER LOCI	2,00	6,17
0006	SERINGA DESC. C/AG. 10 ML - LUER LOCI	1,00	2,39
0006	3 TRANSPORX - DISPOSITIVO TRANSFEREN	1,00	1,44
0006	2 SACO HOSPITALAR 100L	2,00	0,60
0006	2 SACO HOSPITALAR 50L	2,00	0,36
0006	9 ESCOVA DE ASSEPSIA C/ PVPI	3,00	1,68
0006	2 FIXADOR ESTÉRIL IV FIX 5CMX7,4CM - 31	1,00	1,87
0006	3 AGULHA DESCARTAVEL 25*8	1,00	0,42
0006	EQUIPO MACRO GOTAS C/ INJETOR LATEI	1,00	19,78
0006	3 JELCO N°24	1,00	17,98
0006	SERINGA DESC. C/AG. 3 ML - LUER SLIP	2,00	1,87
0006	SERINGA DESC. C/AG. 10 ML - LUER SLIP	11,00	2,39
0006	SERINGA DESC. C/AG. 20 ML - LUER SLIP	1,00	6,17
0006	3 AGULHA DESCARTAVEL 25*8	1,00	0,42
0006	18 EQUIPO MACRO GOTAS - B BROWN	1,00	22,82
0006	21 JELCO N°24	1,00	17,98
0006	16 SERINGA DESC. C/AG. 10 ML - LUER SLIP	11,00	2,39
0006	10 SERINGA DESC. C/AG. 3 ML - LUER SLIP	2,00	1,87
0006	11 ATADURA CREPE 10CM X 1,80M	2,00	8,39
Total de MATERIAL HOSPITALAR :			377,74
Gr	Produtor: DIARIAS		
00	DIARIA COMPANHANTE EM APARTAMENTO	1,00	60,00
00	13 DIARIA APARTAMENTO DE LUXO - PÓSTO	1,00	180,00
Total de DIARIAS :			240,00
Total do dia 06/07/2019 :			1.532,18
TOTAL DA CONTA:			1.532,18



www.najasolucoes.com.br

8 - 4,42,0,0

HOSPITAL SÃO VICENTE
R. INOCÉIO GOMES ANDRADE - SERRA TALHADA - PE
CNPJ: 180543000163 Fone: (87) 3831.9150

Emissão: 07/07/2019 00:26:00

Página: 1 de 2

Detalhamento da conta
Atendimento: HSV - 00018607 Conta: 00019448 Tipo da Conta: INTERNAMENTO
Admissão: 06/07/2019 11:07
Prontuário: 00140392 SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

Enderço do paciente: TARVESSA ARAUJO JORGE, 60
CENTRO - Cep: 56.870-000 TRIUNFO / PE

2.1.1.1 PARTICULAR

Guia Médica:

Convegno I PARTICOLARI della morte: INTERNAMENTO

11
CPF: 05655200325

CONTA AINDA NÃO FECHADA

Permanência: 001 dia(s)

Leito : 404 / 1 APARTAMENTO 2 LEITOS

Data da Incorporação: 06/07/2019 Data da Alta: 11

Permanência: 001 dia(s)

Data da liberação:

Código	Nome do Produto	Qtde. CH	VL. CH	VL. Filme	Unid.	Qdte.	VL. Unit.	VL. Total
Dia: 01/07/2019								
Grupo de Produto: MATERIAIS GERAIS								
0004111 COMPRESA DE GAZE 7,5 X 7,5 PCT/500	0,00	0,00	0,00	11,00	2,02		22,22	
				Total de MATERIAIS GERAIS :			22,22	
Grupo de Produto: MEDICAMENTO								
0004105 ARAMIN 10 MG/ML 1 ML	0,00	0,00	0,00	1,00	6,94		6,94	
00041500 DIMORF 0,2 MG/ML 1 ML	0,00	0,00	0,00	1,00	6,60		6,60	
00041550 DIPIRONA 1G 2ML	0,00	0,00	0,00	5,00	2,81		14,05	
000413737 DORMONID 5MG 5 ML	0,00	0,00	0,00	1,00	6,57		6,57	
0004119 FENTANIL - CRISTALIA 0,05 MG/ML 10 ML	0,00	0,00	0,00	2,00	1,69		3,38	
0004114 NEOCAINA PESADA 0,5% 4 ML	0,00	0,00	0,00	1,00	14,86		14,86	
0004153 SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML	0,00	0,00	0,00	2,00	9,78		19,56	
0004121 SORO RINGER LACTATO 500ML	0,00	0,00	0,00	5,00	0,90		4,50	
0004156 XYLESTESIN 2% S/V 20 ML	0,00	0,00	0,00	1,00	0,99		0,99	
000410172 AGUA DESTILADA 10 ML	0,00	0,00	0,00	3,00	13,52		40,56	
0004125 PLAMET 5 MG/ML 2ML - BROMOPRIDA AM	0,00	0,00	0,00	3,00	2,81		8,43	
0004115 DIPIRONA 1G 2ML	0,00	0,00	0,00	2,00	6,60		13,20	
00041515 SORO FISIOLOGICO 0,9% 250ML	0,00	0,00	0,00	11,00	0,99		10,89	
0004107 AGUA DESTILADA 10 ML	0,00	0,00	0,00	2,00	1,04		2,08	
00041091 GLICOSE 50% 10 ML	0,00	0,00	0,00	5,00	14,04		70,20	
00041142 KEFLIN 1 G - CEFALOTINA SODICA PO IN.	0,00	0,00	0,00	2,00	9,15		18,30	
0004113 SORO GLICOSADO 5% 500ML	0,00	0,00	0,00	3,00	6,60		19,80	
0004115 SORO FISIOLOGICO 0,9% 250ML	0,00	0,00	0,00	3,00	13,52		40,56	
0004116 PLAMET 5 MG/ML 2ML - BROMOPRIDA AM	0,00	0,00	0,00	4,00	21,84		87,36	
0004133 TRAMAL 50 MG/ML 2ML	0,00	0,00	0,00	0,20	8,16		1,63	
0004117 SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML	0,00	0,00	0,00				414,22	
				Total de MEDICAMENTO :				
Grupo de Produto: TAXA								
00041133 TAXA CIRURGIA ATE 3 HORAS	0,00	0,00	0,00	1,00	190,00		190,00	
00041111 TAXA INTENSIFICADOR DE IMAGEM - BLC	0,00	0,00	0,00	1,00	180,00		180,00	
00041101 TAXA OXIMETRO DE PULSO - SALA DE CII	0,00	0,00	0,00	1,00	45,00		45,00	
0004101 TAXA SERVICO 10%	0,00	0,00	0,00	1,00	18,00		18,00	
00041099 TAXA MONITOR DE SALA DE CIRURGIA	0,00	0,00	0,00	1,00	45,00		45,00	
				Total de TAXA :			478,00	
Grupo de Produto: MATERIAL HOSPITALAR								
0004177 ALCOOL ETILICO 70% 1L	0,00	0,00	0,00	ML	76,00	0,06	4,56	
0004157 ALGODAO BOLA	0,00	0,00	0,00		1,00	0,10	0,10	

www.pafasoftware.com.br

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/09/2020 16:34:18

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/lista>

Num. 67997105 - Pág. 3

FARMACIA SANTA CLARA
 CNPJ: 10.502.824/0001-13 J.A COMERCIO DE
 MEDICAMENTOS LTDA ME
 RUA ENRIQUE IGNACIO DE OLIVEIRA, 1090 NOSSA
 SENHORA DA PEN - SERRA TALHADA - PE 56912-450 Fone:
 (87)3831-2066 I.E.: 0373408-46
 DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DO CONSUMIDOR ELETRONICA
 # Cód Descricao Qtd Un Vl Unit Vl Total
 001 12274 RIFOCINA 1 UND X 30,44 30,44
 002 35777 SOLUÇÃO FISIOLOGICA SORIMAX 1 UND X 3,99 3,99
 003 18783 PROFLAM 100MG 1 UND X 54,56 54,56
 004 27359 ESPARADRAPO CREMER 2,5X4,504 2 UND X 6,98 13,98
 005 32917 LIVEPAK 1 UND X 102,00 102,00
 006 16142 ATADURA NEVE 2 UND X 2,49 4,98
 007 36384 COMPRESSA DE GAZE AMERIKA 6 UND X 0,80 4,80
 QTD. TOTAL DE ITENS 007
 VALOR TOTAL R\$ 216,35
 FORMA DE PAGAMENTO Valor Pago 216,35
 Cartão de Débito Visa
 Consulte pela Chave de Acesso em
nfe.sefaz.pe.gov.br/nfce/consulta
 2616 0710 5028 2400 0113 6500 1000 0602 6410 1904 4577
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO
 NFE-e nº 000000264 Serie 001 07/07/2019 09:08:08
 Protocolo de Autorização: 328190467098139
 Data de Autorização 07/07/2019 09:08:10



Vendedor: JUCILENE Venda: 1004467

Itens Totais Incidentes(Lei Federal 12.741/12): R\$ 57,07
 DigiFarma - Sistema Integrado para Farmácia



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/09/2020 16:34:18
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091516341830400000066693147>
 Número do documento: 20091516341830400000066693147

Num. 67997105 - Pág. 4

SERRA TALHADA, 07 DE JULHO 2019

RECIBO

R\$ 7.798,40

RECEBI Do Sr SANDERSON DA COSTA QUEIROZ O VALOR DE R\$ 7.798,40
REFERENTE SERVIÇOS HOSPITALARES PRESTADOS.



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Helder Magalhães de Carvalho inscrito (a) no CPF sob o Nº 041542.624 / 56, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sonderen do Costa, Lázaro inscrito (a) no CPF sob o Nº 100.221.664 / 83 do sinistro de DPVAT cobertura DAMS da Vítima Sonderen do Costa, Lázaro inscrito (a) no CPF sob o Nº 100.221.664 / 83 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço	Pingo 15 de Novembro	Número	124	Complemento
Bairro	Centro	Cidade	PE	Estado
Email	hmc.cordeiro@gmail.com	Telefone comercial (DDD)	(81) 3846-1036	Telefone celular (DDD)

Trambei PE, 09 de outubro de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante

PROTOCOLO
RECIBIDO
05 NOV 2019
COMPREV
COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A



PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO

Fundo Municipal de Saúde

UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

16/09/2019

Data e Hora:	06-09-19 19:03	Nº. Ocorrência			
Nome:	Alexandre Alves Guedes	Genre:	M	Data Nascimento:	08/07/2002
Profissão:	Estudante	Sexo:	M	Doc. Ident.:	
End.:	Setor Industrial				
Responsável:	Se mesmo				
End/Fone:	87799112-8341	SUS	706 9081 4478 6934		
Tipo de Atendimento:		Acidente de Trânsito	<input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho	<input type="checkbox"/>
		Agressão	<input type="checkbox"/>	Consulta	<input checked="" type="checkbox"/>

Pressão Arterial:	120x80	P脉:	Temperatura:
Histórico e Exame Físico:			
Paciente vítima de acidente auto no bairro Centro há 18 horas, apresentava dores costais e queiro.			

Tratamento:
- Teuoxicam - Olímp, ev, abols. 10-35
- Dexametasona - Olímp, EV, abols. 10-35
<i>Dr. Alexandre Lima CRM-PE 1469</i>
PROTOCOLO
COMPREV VIDA F. PREFUNDO SA
05 NOV 2019

Impressão Diagnóstica:
Dor Costela A/E.

Destino do Paciente Removido para Hospital	Residência <input type="checkbox"/>	Internado <input type="checkbox"/>	Transferido <input type="checkbox"/>
Óbito às	horas do dia		

Médico - Carimbo e CRM:





PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO

Fundo Municipal de Saúde

60

UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

27 anos.

Data e Hora:	06/07/19 02:40	Nº. Ocorrência	
Nome:	Guilherme da Costa Oliveira	Data Nascimento:	25/07/91
Profissão:		Sexo:	M
End.:	8169 Laranjeira - Jequiá-PE	Doc. Ident.:	1246798 505/P6
Responsável:			
End/Fone:	TEL: 99459-1979	702804111257368 (6VS)	
Tipo de Atendimento:		Acidente de Trânsito <input checked="" type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/>
		Agressão <input type="checkbox"/>	Consulta <input type="checkbox"/>

Pressão Arterial:	P脉:	Temperatura:
Histórico e Exame Físico:		
<p>Acidente de trânsito com ferimentos superficiais múltiplos (E) e máis n/a</p>		

Tratamento:	① Banho e vest ② Sos ③ Desinfecção (a) + Drenos + col et ④ Colagen (AT) SM
-------------	---

Impressão Diagnóstica:

Destino do Paciente Removido para Hospital	Residência <input type="checkbox"/>	Internado <input type="checkbox"/>	Transferido <input checked="" type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	------------------------------------	---

Óbito às	horas do dia
----------	--------------

Médico - Carimbo e CRM:





Dr. Antônio Rodrigues de Freitas

CRM 7351

ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA

para: Anderson da Cotta

la uso iug.

algie 150 solu
Vaccin as reed. exto
confidencial paciente (alter)

51 16/07/19

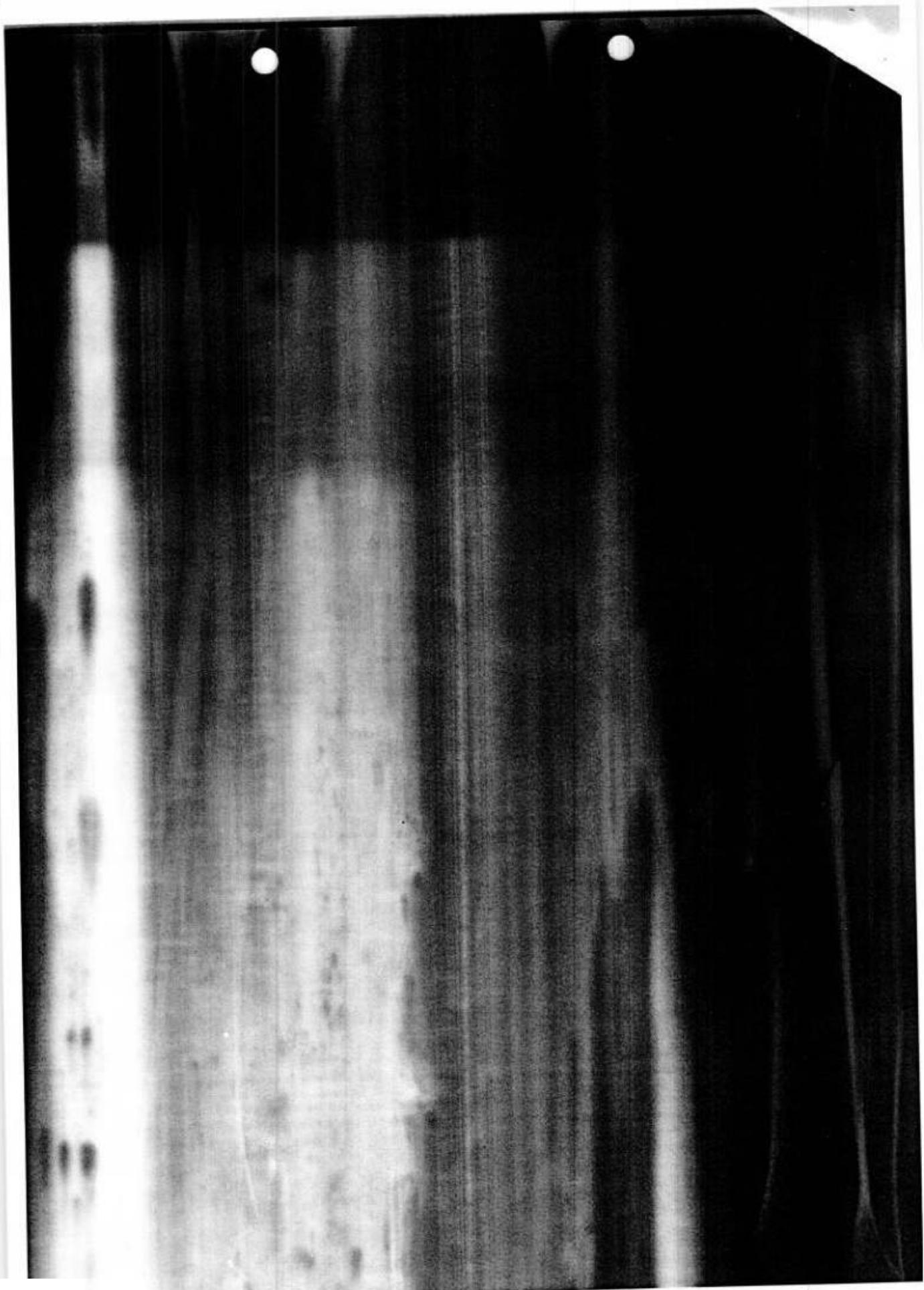
Antônio Rodrigues
CRM/PE/056693147
CPF: 056693147-25

Consultório:
Rua Inocêncio Gomes de Andrade, 640 - Centro - Fone: (87) 3831 - 5609
CEP: 56.912 - 440 - Serra Talhada - Pernambuco



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/09/2020 16:34:18
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091516341830400000066693147>
Número do documento: 20091516341830400000066693147

Num. 67997105 - Pág. 9



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/09/2020 16:34:18
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091516341830400000066693147>
Número do documento: 20091516341830400000066693147

Num. 67997105 - Pág. 10



Hospital São Vicente

Rua Inocêncio Gomes de Andrade, 603
Centro - Telefone: (87) 3831-1847
Serra Talhada - Pernambuco
CNPJ 10.280.543/0001-63

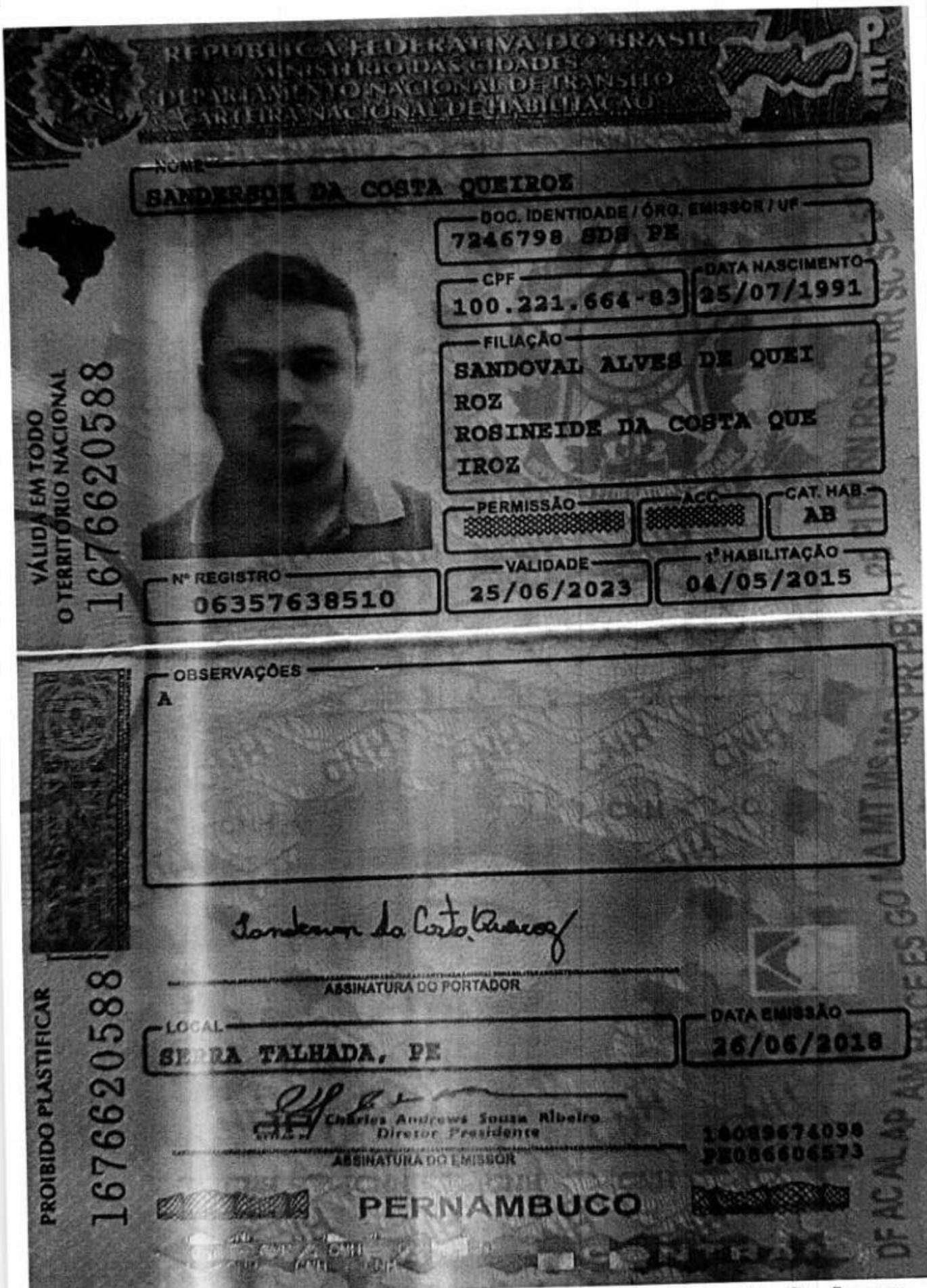
Orcamento

EQUIP. ORTOPÓDICA	3500
fixadores	1200
ANEST.	4000
HOSPITAL	



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/09/2020 16:34:18
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091516341830400000066693147>
Número do documento: 20091516341830400000066693147

Num. 67997105 - Pág. 11



Scanned by CamScanner



PARECER DE DAMS



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190621892

Data do acidente: 06/07/2019

Vítima: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Triunfo

UF: PE

Análise: Primeira Análise

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data: 07/11/2019 14:53:24

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO ANTEBRACO FRAT MULT DO ANTEBRACO -

Internação: Não

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Farmácias			216,35	216,35
Total da Análise Atual			216,35	216,35

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações: A DESPESA NO VALOR DE R\$ 7.798,40, NÃO FOI AVALIADA, VISTO QUE FALTA A RELAÇÃO COMPLETA DAS DESPESAS APRESENTADAS /// FALTA RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE ESPECIFICANDO O PROCEDIMENTO MÉDICO E CIRÚRGICO REALIZADO E OU FICHA DO CENTRO CIRÚRGICO COM ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO ANESTESISTA.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	216,35	216,35	216,35
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	216,35	216,35	216,35

TOTAL PLEITEADO: 216,35 **TOTAL AVALIADO:** 216,35 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 216,35

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ, brasileiro, solteiro, analista de sistemas, portador da Cédula de Identidade nº 7246798 SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 100.221.664-83, residente e domiciliado no Sítio Pará, Zona Rural, Triunfo/PE, CEP: 56.870-000.

OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima: **SANDERSON DA COSTA QUEIROZ**.

Triunfo/PE, 05 de agosto de 2019.

Sandereson da Costa Queiroz
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0386819/19

Vítima: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

CPF: 100.221.664-83

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO : 041.542.024-56

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

SANDERSON DA COSTA QUEIROZ : 100.221.664-83

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomado por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/11/2019
Nome: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
CPF: 041.542.024-56

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

JONATAN BARBOSA DE BARROS



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/09/2020 16:34:18
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091516341830400000066693147>
Número do documento: 20091516341830400000066693147

Num. 67997105 - Pág. 16



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190621892 **Vítima: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ**

Data do Acidente: 06/07/2019 **Cobertura: DAMS**

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

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.

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, 15 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190621892 Vítima: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

Data do Acidente: 06/07/2019 Cobertura: DAMS

Procurador: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a) SANDERSON DA COSTA QUIBROZ

SENIOR(a), SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

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

Recebedor: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

Valor: R\$ 216,35

Banco: 001

Agência: 000002739-1

Conta: 0000022101-5

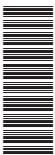
Tipo: CONTA CORRENTE

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01915/01916 - carta 12 - DAMS



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/09/2020 16:34:18
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091516341830400000066693147>
Número do documento: 20091516341830400000066693147

Núm. 67997105 - Pág. 18



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: 4 - Nome completo da vítima:
10022166483 SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

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

5 - Nome completo: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ 6 - CPF: 10022166483
7 - Profissão: ANALISTA DE SISTEMAS 8 - Endereço: Sítio Para 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: TRIUNFO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56830-000
15 - E-mail: (87) 3846-1036

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 27391 CONTA: 22101 5
(informar o dígito se existir) (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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima Sim 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (viver): 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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data, 14/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura da testemunha

45 - Assinatura da testemunha

46 - Assinatura da testemunha

47 - Assinatura da testemunha

48 - Assinatura da testemunha

49 - Assinatura da testemunha

50 - Assinatura da testemunha

51 - Assinatura da testemunha

52 - Assinatura da testemunha

53 - Assinatura da testemunha

54 - Assinatura da testemunha

55 - Assinatura da testemunha

56 - Assinatura da testemunha

57 - Assinatura da testemunha

58 - Assinatura da testemunha

59 - Assinatura da testemunha

60 - Assinatura da testemunha

61 - Assinatura da testemunha

62 - Assinatura da testemunha

63 - Assinatura da testemunha

64 - Assinatura da testemunha

65 - Assinatura da testemunha

66 - Assinatura da testemunha

67 - Assinatura da testemunha

68 - Assinatura da testemunha

69 - Assinatura da testemunha

70 - Assinatura da testemunha

71 - Assinatura da testemunha

72 - Assinatura da testemunha

73 - Assinatura da testemunha

74 - Assinatura da testemunha

75 - Assinatura da testemunha

76 - Assinatura da testemunha

77 - Assinatura da testemunha

78 - Assinatura da testemunha

79 - Assinatura da testemunha

80 - Assinatura da testemunha

81 - Assinatura da testemunha

82 - Assinatura da testemunha

83 - Assinatura da testemunha

84 - Assinatura da testemunha

85 - Assinatura da testemunha

86 - Assinatura da testemunha

87 - Assinatura da testemunha

88 - Assinatura da testemunha

89 - Assinatura da testemunha

90 - Assinatura da testemunha

91 - Assinatura da testemunha

92 - Assinatura da testemunha

93 - Assinatura da testemunha

94 - Assinatura da testemunha

95 - Assinatura da testemunha

96 - Assinatura da testemunha

97 - Assinatura da testemunha

98 - Assinatura da testemunha

99 - Assinatura da testemunha

100 - Assinatura da testemunha

101 - Assinatura da testemunha

102 - Assinatura da testemunha

103 - Assinatura da testemunha

104 - Assinatura da testemunha

105 - Assinatura da testemunha

106 - Assinatura da testemunha

107 - Assinatura da testemunha

108 - Assinatura da testemunha

109 - Assinatura da testemunha

110 - Assinatura da testemunha

111 - Assinatura da testemunha

112 - Assinatura da testemunha

113 - Assinatura da testemunha

114 - Assinatura da testemunha

115 - Assinatura da testemunha

116 - Assinatura da testemunha

117 - Assinatura da testemunha

118 - Assinatura da testemunha

119 - Assinatura da testemunha

120 - Assinatura da testemunha

121 - Assinatura da testemunha

122 - Assinatura da testemunha

123 - Assinatura da testemunha

124 - Assinatura da testemunha

125 - Assinatura da testemunha

126 - Assinatura da testemunha

127 - Assinatura da testemunha

128 - Assinatura da testemunha

129 - Assinatura da testemunha

130 - Assinatura da testemunha

131 - Assinatura da testemunha

132 - Assinatura da testemunha

133 - Assinatura da testemunha

134 - Assinatura da testemunha

135 - Assinatura da testemunha

136 - Assinatura da testemunha

137 - Assinatura da testemunha

138 - Assinatura da testemunha

139 - Assinatura da testemunha

140 - Assinatura da testemunha

141 - Assinatura da testemunha

142 - Assinatura da testemunha

143 - Assinatura da testemunha

144 - Assinatura da testemunha

145 - Assinatura da testemunha

146 - Assinatura da testemunha

147 - Assinatura da testemunha

148 - Assinatura da testemunha

149 - Assinatura da testemunha

150 - Assinatura da testemunha

151 - Assinatura da testemunha

152 - Assinatura da testemunha

153 - Assinatura da testemunha

154 - Assinatura da testemunha

155 - Assinatura da testemunha

156 - Assinatura da testemunha

157 - Assinatura da testemunha

158 - Assinatura da testemunha

159 - Assinatura da testemunha

160 - Assinatura da testemunha

161 - Assinatura da testemunha

162 - Assinatura da testemunha

163 - Assinatura da testemunha

164 - Assinatura da testemunha

165 - Assinatura da testemunha

166 - Assinatura da testemunha

167 - Assinatura da testemunha

168 - Assinatura da testemunha

169 - Assinatura da testemunha

170 - Assinatura da testemunha

171 - Assinatura da testemunha

172 - Assinatura da testemunha

173 - Assinatura da testemunha

174 - Assinatura da testemunha

175 - Assinatura da testemunha

176 - Assinatura da testemunha

177 - Assinatura da testemunha

178 - Assinatura da testemunha

179 - Assinatura da testemunha

180 - Assinatura da testemunha

181 - Assinatura da testemunha

182 - Assinatura da testemunha

183 - Assinatura da testemunha

184 - Assinatura da testemunha

185 - Assinatura da testemunha

186 - Assinatura da testemunha

187 - Assinatura da testemunha

188 - Assinatura da testemunha

189 - Assinatura da testemunha

190 - Assinatura da testemunha

191 - Assinatura da testemunha

192 - Assinatura da testemunha

193 - Assinatura da testemunha

194 - Assinatura da testemunha

195 - Assinatura da testemunha

196 - Assinatura da testemunha

197 - Assinatura da testemunha

198 - Assinatura da testemunha

199 - Assinatura da testemunha

200 - Assinatura da testemunha

201 - Assinatura da testemunha

202 - Assinatura da testemunha

203 - Assinatura da testemunha

204 - Assinatura da testemunha

205 - Assinatura da testemunha

206 - Assinatura da testemunha

207 - Assinatura da testemunha

208 - Assinatura da testemunha

209 - Assinatura da testemunha

210 - Assinatura da testemunha

211 - Assinatura da testemunha

212 - Assinatura da testemunha

213 - Assinatura da testemunha

214 - Assinatura da testemunha

215 - Assinatura da testemunha

216 - Assinatura da testemunha

217 - Assinatura da testemunha

218 - Assinatura da testemunha

219 - Assinatura da testemunha

220 - Assinatura da testemunha</

Extrato de Conta Corrente

Nome: ANDERSON COSTA QUEIROZ

Agência: 2739-1 Conta: 22101-5

L	mentos	Valor
D	Horário	
3	019 Saldo anterior	0,00 (+)
0	119 Trans. reemb. recebida	2.620,00 (+)
0	040 2739 24297-7 ARMANDO RODRIG	2.620,00 (+)
D	19	
L	es	ais
I	em.	1.199,05 (+)
S		3.819,05 (+)
Ju		0,00
Data	Debito de 0,00	02/09/2019
IOF		0,00
Data	Debito de 0,00	02/09/2019

Aplic	recess	ras	Valor
POU	3 - Pou	TOMATICO	1.199,05
Total	Saldo Final	Saliras	1.199,05
* Sal	por dia B		
Suje	o confirmado no momento da contratação		



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/09/2020 16:34:18
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091516341830400000066693147>
Número do documento: 20091516341830400000066693147

Num. 67997105 - Pág. 20

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/POLICIA CIVIL/.infopol/xml/BO...



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLICIA DA 181ª CIRCUNSCRICAO - TRIUNFO -
 DP181ºCIRC DINTER2/21ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÉNCIA N.º 19E0271000243

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 05/08/2019 às 11:42

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
 que aconteceu no dia 6/7/2019 às 02:00

Fato ocorrido no endereço: RUA MUNICÍPIO DE TRIUNFO, 1, PE 350 -
 Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

A PROPRIA VITIMA (AUTOR / AGENTE)
 SANDERSON DA COSTA QUEIROZ (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(s)
 Sr(a): SANDERSON DA COSTA, QUEIROZ

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

SANDERSON DA COSTA QUEIROZ (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mé: ROSINEIDE DA COSTA QUEIROZ Pai: SANDOVAL ALVES DE QUEIROZ Data de Nascimento: 25/7/1991 Naturalidade: TRINDADE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7246798/SDS/PE (RG), 10022106483 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3º. GRAU COMPLETO Profissão: ANALISTA DE SISTEMAS Endereço Residencial: RUA MUNICÍPIO DE TRIUNFO, , SITIO PARÁ ZONA RURAL - CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL

A PROPRIA VITIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mé: ROSINEIDE DA COSTA QUEIROZ Pai: SANDOVAL ALVES DE QUEIROZ Data de Nascimento: 25/7/1991 Naturalidade: TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7246798/SDS/PE (RG), 10022106483 (CPF), 00357038610 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3º. GRAU COMPLETO Profissão: ANALISTA DE SISTEMAS Endereço Residencial: RUA MUNICÍPIO DE TRIUNFO, , SITIO PARÁ ZONA RURAL - CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): SANDERSON DA COSTA QUEIROZ.



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/POLICIA CIVIL/infopol/xml/BO...

que estava em posse do(a) Sr(a): **SANDERSON DA COSTA QUEIROZ**
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/GM/ONIX** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGF8334** (PERNAMBUCO/TRIUNFO) Renavam: **538687789** Chassi: **9EGK94BL00G300017**
 Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA A PESSOA DE SANDERSON DA COSTA QUEIROZ NOTICNADO QUE SOFRU ACIDENTE DE TRANSITO NA DATA ACIMA CITADA QUANDO TRAFEGAVA EM SEU VEICULO ONIX NA PE 358 RETORNANDO DA CIDADE DE CARNAIBA, QUANDO AO CRUZAR COM UMA MOTOCICLETA QUE ESTAVA COM OS FARÓIS ALTOS PERDEU O CONTROLE DO VEICULO VINDO A COLIDIR COM UMA PILASTRA DE UMA GARAGEM. SANDERSON FOI SOCORRIDO PELA PESSOA DE LUCAS MANGUEIRA DINIZ QUE O RETIROU DO VEICULO E SOCORREU O MESMO PARA O HOSPITAL LOCAL, ONDE FOI TRANSFERIDO PARA A HOSPITAL SÃO VICENTE NA CIDADE DE SERRA TALHADA COM A Perna FRATURADA E VARIAS ESCORIAÇÕES NO BRAÇO ESQUERDO, CONFORME LAUDO MEDICO EM ANEXO. SEM MAIS A AGRESCENTAR ENGERRO O PRESENTE BOLETIM DE OCORRENCIA.

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

SANDERSON DA COSTA QUEIROZ
(VITIMA)

A PROPRIA VITIMA
(AUTOR / AGENTE)

B.O. registrado por: **PATRICIA KERLA RABELO TORRESO** Matrícula: **388888-8**

DELEGACIA DE POLICIA DE TRIUNFO
Opinião
181^ª CIRCUNSCRIÇÃO



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 216,35

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02739-1

CONTA: 000000022101-5

Nr. da Autenticação F8D3A7E8F13882EC



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/09/2020 16:34:18
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091516341830400000066693147>
Número do documento: 20091516341830400000066693147

Num. 67997105 - Pág. 23

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 26/04/2002
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
SANDOVAL ALVES DE QUEIROZ
CPF: 052.652.245-82

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI PARA 110
TRIUNFO - RURAL/TRIUNFO RURAL
56870-000 TRIUNFO 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 25/09/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 18/09/2019	CONTA CONTRATO 000898434028
TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 18/09/2019	Nº DO CLIENTE 2000578632
CLASSIFICAÇÃO B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL	NÚMERO DA NOTA FISCAL 078051768	
RESERVADO AO FISCO CB47.C8F9.4533.479C.69D2.CC72.6011.7D46		Nº DA INSTALAÇÃO 000394453

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	205,00	0,43729967	89,64
Acréscimo Bandeira VERMELHA			8,58
Contribuição CERTRI - (987) 3846-1382			5,00
TOTAL DA FATURA			103,22

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,41749000	SET 19	205
		AGO 19	236
		JUL 19	234
		JUN 19	220
		MAI 19	251
		ABR 19	220
		MAR 19	250
		FEV 19	220
		JAN 19	232
		DEZ 18	238
		NOV 18	256
		OUT 18	276
		SET 18	211

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL						
NÚMERO DO MEDIOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE
00000003161449570	CAT	20/08/2019 5.721,00	18/09/2019 5.926,00	29	1,00000	0,00
00000003161449570	CRT	20/08/2019 5.564,00	18/09/2019 5.826,00	29	1,00000	0,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No de horas sem Energia		3,12	16,73	21,45	42,92
FIC-No de vezes sem Energia		2,00	7,87	19,34	36,69
DIMC-Duração máxima de Interrupção contínua		2,01	5,78	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DICRI: 16,80	
EU8D-Valor do Encargo de Uso = R\$ 48,48					

Todos os consumidores podem solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DIMC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pague no ponto mais perto de você ou correios santa cruz da vila: rua padre cícero centro / nova modas: rua padre cícero 180 centro/leia completa em www.celpe.com.br
ATUALIZE SEUS DADOS ATÉ 30/11/19 PARA NÃO PERDER O BENEFÍCIO TARIFÁRIO
DA CLASSE RURAL. DÚVIDAS DISQUE 116.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Págto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo, mês
isenção do ICMS conforme Art.9º XLVIII,d,do RICMS-PE.
Desconto Incondicional pela Aplicação da Tarifa B2 RURAL = R\$ 28,31.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

NÍVEIS DE TENSÃO			
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		
	MÍNIMO	MÁXIMO	
220	202	231	
380	350	399	

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO 000898434028	MÊS/ANO 09/2019	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 25/09/2019	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
--------------------------------	--------------------	----------------------------	--------------------------	-----------------------

