



Número: **0025251-85.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **01/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67998783	15/09/2020 16:45	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190525087

Vítima: MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES

Data do Acidente: 23/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANA ANGELICA ALVES DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES

Em razão da falta de apresentação do(a) relatório médico de alta relatando o tratamento realizado, não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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. 01413/01414 - carta_32 - INVALIDEZ

00070707



Carta nº 14794144





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

Rio de Janeiro, 13 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190525087

Vítima: MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES

Data do Acidente: 23/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANA ANGELICA ALVES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **237**

Agência: **000003201-8**

Conta: **00000153390-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





BDN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA POUPANCA FACIL TERM.054044
MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES 15:39 HRS
AGENCIA 3201 CONTA 0153390-8 18/MAI/2019

DISPONIVEL
= TOTAL DISPONIVEL 5,07
+ CONTA POUPANCA FACIL 5,07
SD DEPOS ATE 3/5/12 0,65
SD DEPOS A PARTIR 4/5/12 4,42
TOTAL DE RECURSOS 5,07

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS
NOVA POUPANCA - DEPOSITOS ATE 3/5/12
DIA DO SALDO EM RENDIMENTO(S)
ANIVERSARIO 18/05/2019
26 0,65 0,00
TOTAL 0,00

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS
NOVA POUPANCA - DEPOSITOS A PARTIR DE 4/5/12
DIA DO SALDO EM RENDIMENTO(S)
ANIVERSARIO 18/05/2019
04 4,42 0,02
07 0,00 0,00
TOTAL 0,02

EXTRATO CONSOLIDADO
-----MARCO/2019-----
DIA HISTORICO N.DCCTO VALOR
06 SALDO ANTERIOR 5,03
-----ABRIL/2019-----
04 RENDIMENTOS 0403715 0,02
Poup Facil-Depos A Partir 4/5/12
S A L D O 5,05
-----MAIO/2019-----
06 RENDIMENTOS 0403715 0,02
Poup Facil-Depos A Partir 4/5/12
S A L D O 5,07
07 DEP OUTR AG MIS 1103202 200,00
O PROPRIO FAVORECIDO
S A L D O 205,07
08 SAQUE CARTAO CB 1116092 200,00-
ESPECIE
SALDO TOTAL 5,07

Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.
SAC Alo Bradesco - 0800 7048383.
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 066ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAJI -
DP66ªCIRC DINTER1/12ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0156000281**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/06/2019** às
12:20

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **23/3/2019** às **21:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE AMARAJI, 1, ESTRADA DOS
CAMARÕES QUE LIGA ESTA CIDADE A CHÃ GRANDE, ZONA RURAL - AMARAJI/PE**
Bairro: **ZONA RURAL - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSÉ GERDISSON MAGNO DOS SANTOS (OUTRO)
MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSÉ GERDISSON MAGNO DOS SANTOS



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

MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
GENI JOSÉ DA SILVA Pai: **JOSÉ LUCIANO LOPES** Data de Nascimento: **28/11/1978**
Naturalidade: **VITORIA DE SANTO ANTAO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:
5006320/SDS/PE (RG), 04205424456 (CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU**
INCOMPLETO Profissão: **DO LAR**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE AMARAJI, 5, RUA JOÃO ALEXANDRE, CENTRO - CEP:**
55000-000 - Bairro: CENTRO - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade:
DESCONHECIDO

JOSÉ GERDISSON MAGNO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO Pai: **ERIVALDO MANOEL DOS SANTOS** Data
de Nascimento: **28/2/1991** Naturalidade: **ALIANÇA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:
2628330/SDS/PE (RG), 03497691424 (CPF), 08346826678 (CNH) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**



Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **DESEMPREGADO(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE AMARAJI, 91, RUA DO VENTO, BAIRRO ALTO DO CRUZEIRO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ GERDISSON MAGNO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ GERDISSON MAGNO DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 180 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PGR7464** (PERNAMBUCO/AMARAJI) Renavam: **597622663** Chassi: **9C2KC1680BR461541**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE VINHA DE CARONA NA MOTO PILOTADA POR JOSE QUE NO ENDEREÇO CITADO UM CACHORRO ATRAVESSOU DERREPENTE NA FRENTE DA MOTO E ESTAVA CHOVENDO FRACO E PARA DESVIAR DO ANIMAL O PILOTO PERDEU O CONTROLE DA MOTO E OS DOIS VIERAM A CAIR COM O PILOTO NADA SOFRENDO E A VITIMA TENDO FRATURA EXPOSTA NO COTOVELO ESQUERDO SENDO SOCORRIDA PELO PRÓPRIO PILOTO DA MOTO ATÉ O HOSPITAL LOCAL ONDE FOI TRATADA E MEDICADA. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO ENCERRO A PRESENTE OCORRENCIA.

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

Maria Lucimar da Silva Lopes
MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES
(VITIMA)

JOSÉ GERDISSON MAGNO DOS SANTOS
(OUTRO)

José Gerdisson Magno dos Santos
B.O. registrado por: **EDILSON SANTANA DA SILVA** - Matrícula: **220917-9**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 042.954.244-55 4 - Nome completo da vítima: Maria Loueimar da Silva Lopes

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

5 - Nome completo: Maria Loueimar da Silva Lopes 6 - CPF: 042.954.244-55
7 - Profissão: Recepcionista 8 - Endereço: Av. São José Bacia Esperança 9 - Número: 05 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Amaraji 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55515-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 0800 9258-3007

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)
AGÊNCIA: 32018 CONTA: 8533908
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - 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: COMPANHEIRO
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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 - Impresão 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 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Amaraji 06/08/19
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Maria Loueimar da Silva Lopes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

00000000





BDN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA POUPANCA FACIL TERM.054044
MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES 15:39 HRS
AGENCIA 3201 CONTA 0153390-8 18/MAI/2019

DISPONIVEL
= TOTAL DISPONIVEL 5,07
+ CONTA POUPANCA FACIL 5,07
SD DEPOS ATE 3/5/12 0,65
SD DEPOS A PARTIR 4/5/12 4,42
TOTAL DE RECURSOS 5,07

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS
NOVA POUPANCA - DEPOSITOS ATE 3/5/12
DIA DO SALDO EM RENDIMENTO(S)
ANIVERSARIO 18/05/2019
26 0,65 0,00
TOTAL 0,00

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS
NOVA POUPANCA - DEPOSITOS A PARTIR DE 4/5/12
DIA DO SALDO EM RENDIMENTO(S)
ANIVERSARIO 18/05/2019
04 4,42 0,02
07 0,00 0,00
TOTAL 0,02

EXTRATO CONSOLIDADO
-----MARCO/2019-----
DIA HISTORICO N.DCCTO VALOR
06 SALDO ANTERIOR 5,03
-----ABRIL/2019-----
04 RENDIMENTOS 0403715 0,02
Poup Facil-Depos A Partir 4/5/12
S A L D O 5,05
-----MAIO/2019-----
06 RENDIMENTOS 0403715 0,02
Poup Facil-Depos A Partir 4/5/12
S A L D O 5,07
07 DEP OUTR AG MIS 1103202 200,00
O PROPRIO FAVORECIDO
S A L D O 205,07
08 SAQUE CARTAO CB 1116092 200,00-
ESPECIE
SALDO TOTAL 5,07

Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.
SAC Alo Bradesco - 0800 7048383.
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.







AMARAJI
PREFEITURA MUNICIPAL

HOSPITAL ALICE BATISTA DOS ANJOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

DATA: 23/03/19 Nº 143.062
NOME: Maria Eugenia de Silveira PESO: SEXO: F IDADE: 40
D.N.: 30-11-78 MÃE: Geni
END.: R/IS Glorinda Nº BAIRRO: Lint
PROFISSÃO: CIDADE: Amaraji NACIONALIDADE: Br.
RESPONSÁVEL: RG Nº
QUEIXA PRINCIPAL:
ACIDENTE / HORA: TEMPERATURA PA HORA DO ATEND.: 11:11
DIAGNÓSTICO: CID:
ATENDIMENTO MÉDICO / EXAME CLÍNICO RX: S() N()

Queda de motocicleta sem HCE
Glasgow 15, Reflexos dos m. omb (E)

DESCRIÇÃO DOS MEDICAMENTOS / ASSISTÊNCIA:

① Cetoruxen 50mg ~~100mg~~ JM
1145

COMPRO
10-SET-2019
PROTOCOLO

TÉCNICO DE ENF.: Joselma Maria dos Santos
Coren-PE 11904-TE

ENFERMEIRO (A)

Assinatura Médica



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03201-8

CONTA: 000000153390-8

Nr. Autenticação

BRADESCO091020190500000000002370320100000015339084375 PAGO





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL Nº 7026291016 - FASE 1 - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.836.832/0001-08 | Insc. Est. 000543-00 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ANA ANGELICA ALVES DA SILVA ANGELICA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV SAO JOSE SOA ESPERANCA 05

CPF 085 980 234-50 NIS 16136031913

CENTRO/AMARAJI

CLASSIFICAÇÃO

AMARAJI PE

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM INS

55515-000

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
00009806	UNICA	29/04/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
29/04/2019	2015856736	6471980

CONTA CONTRATO	MESIANO
7026291016	04/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRECATORIA PRÓXIMA LETURA
21/05/2019	29/05/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	42,89

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,18095264	5,43
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,30734770	21,51
Consumo Ativo superior a 100 até 320 kWh	7,0000000	0,48102180	3,37
Contrib. Ilum. Pública Municipal			11,28
Compensação CIC Mensal 02/19			-0,43

TOTAL DA FATURA 42,89

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	Tipo DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE
17000001	1	29/04/2019	139/30	139/30	139/30	30	1,00000
							CONSUMO (KWH)
							197,38

DESCRIÇÃO DO CONSUMO		RECAPITULÁRIO DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Ativ.	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Geração de Energia	19 13,74 40,95%
Ativ.	ICMS			Transmissão	15 3,20 8,23%
Ativ.	PIS			Distribuição (Corte)	16 0,00 0,00%
FE	COPINS	32,08 1,38	0,47	Pêrdas de Energia	16 0,00 0,00%
Ativ.		32,08 0,21	1,38	Transmissão Setorial	16 1,38 3,20%
DET.				Tributação	16 0,43 1,00%
				Total	42 42,89 100%

Consumo Ativo até 30 kWh: 30,00 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh: 70,00 kWh
Consumo Ativo superior a 100 até 320 kWh: 7,00 kWh

RESERVAÇÃO DE FOLHA
C054 4141 B140 CF08 7834 5258 3768 4034**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Para garantir a correta prestação de serviços, a Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) informa que a partir de 01/01/2019, a tarifa de energia elétrica será reajustada em 10,00% (dez por cento) em relação ao valor atualizado de 2018. Este reajuste será aplicado a partir de 01/01/2019, sendo que o valor a ser pago pelo consumidor será o valor atualizado de 2018 acrescido de 10,00% (dez por cento). A Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) não se responsabiliza por eventuais erros de digitação ou omissão de informações. Para mais informações, consulte o site da Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) ou ligue para o número 0800 000 0000.

COMPRESA S.A.
COMPRESA S.A. - COMPANHIA DE SERVIÇOS DE ENERGIA
10 SET 2019
PROTOCOLO
COPRESA S.A.

ANÁLISE DE PRECATORIAÇÃO NAS INTERMEDIATÓRIAS				MÊS DE DEBITO		
DEBITO	VALOR PRECATORIAÇÃO	LIMITE MENSAL	LIMITE ANUAL	TENSAO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
DEBITO	8,89	6,11	12,30	220	202	231
PRECATORIAÇÃO	2,00	2,40	8,97			
PRECATORIAÇÃO	8,89	8,51	21,27			

CONTA CONTRATO 7026291016 - MÊSIANO 04/2019 - DATA DE VENCIMENTO 21/05/2019 - TOTAL A PAGAR (R\$) 42,89

838900000000-5 42890011007-0 02629101610-7 13891706323-0



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 10.935.932/0001-08
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

CLEIDE MARIA DO NASCIMENTO
CPF: 904.782.404-06

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SEVERINA DE ANDRADE 74

ALICE BATISTA/AMARAJI
55515-009 AMARAJI 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

05/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

27/08/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

27/08/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

075131014

CONTA CONTRATO

004001240361

Nº DO CLIENTE

2001737609

Nº DA INSTALAÇÃO

000163009

CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico**

RESERVADO AO FISCO

F5F3.A7E7.D171.AE18.D39B.64B7.80CB.1260

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	74,00	0,77545172	57,38
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,23
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,51
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,42
ICMS Subvenção-CDE-Nº 067542616-26/06/19			0,48
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8968 0808 631 8989			3,50
TOTAL DA FATURA			72,52

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
61,12	25,00	15,28	61,12	0,74	0,45	61,12	3,42
							2,09

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,54933000	AGO 19	74
		JUL 19	74
		JUN 19	72
		MAI 19	87
		ABR 19	85
		MAR 19	86
		FEV 19	72
		JAN 19	88
		DEZ 18	79
		NOV 18	85
		OUT 18	77
		SET 18	89
		AGO 18	77

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
	%
Geração de Energia	21,18
Transmissão	2,13
Distribuição (Celpe)	12,89
Encargos Setoriais	3,83
Tributos	17,82
Perdas de Energia	4,06
TOTAL	61,12

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000000030567150	CAT	26/07/2019 13.531,00	27/08/2019 13.605,00	32	1,00000	0,00	74,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 25/09/2019							

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
jun2019					
DIC-Nº de horas sem Energia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC-Nº de vezes sem Energia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMC-Duração máxima de Interrupção contínua	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DICR-Duração de Interrupção em dia crítico			Limite DICR: 0,00		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 12,68					
Toda Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você ag corréios amaralina: praça Jorge Coelho da silveira centro / mercad.nsa fatima: rua joao luis da costa gomes centro lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL); Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento de 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 561/13.

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
004001240361	08/2019	0,00	05/09/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 SUSEP 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 COAP².

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 Nº9.631/98.

Pelo exposto, eu Ana Angelica Alves da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 085.980.234 / 50, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maria Loureina da Silva Lopes inscrita (a) no CPF sob o Nº 042.954.264 SS

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vitima Maria Leucimara da Silva Lopes

inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.954.244-55 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

 Recuse 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: Rua Severina de Andrade		Número: 74	Complemento:
Bairro: Vila Batista	Cidade: Amaraji	Estado: PE	CEP: 55515-000
E-mail:		Tel. (DDD): (0) 9 9258-3087	

Local e Data: Amaraji 26 de julho de 2019

Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante



DLDRLOD1 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CLEIDE MARIA DO NASCIMENTO,
RG nº 5.294.587, data de expedição 08/04/2013,
Órgão SDS, portador do CPF nº 904.782.404-06, com
domicílio na cidade de Amaraji, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua do Vento, nº 91,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Maria Loucinha da Silva Lopes cujo o condutor era
João Gerdisson Magno dos Santos.

Veículo: moto
Modelo: Honda CG 150 FAN
Ano: 2013/2014
Placa: PE R 7464
Chassi: 9C2KC3680ER461541
Data do Acidente: 23/03/2019
Local e Data: Amaraji 26/07/2019



Cleide Maria do Nascimento
Assinatura do Declarante

João Gerdisson Magno dos Santos

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE AMARAJI - PE
Rua Treze de Maio, 13 - Centro - CEP: 55615-000 - Fone: (81) 3553-1782
Tabelião e Registrador: Heloisa Rodrigues Dourado



Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de:
(1) CLEIDE MARIA DO NASCIMENTO
Dou fe
Amaraji-PE, sexta-feira, 26 de julho de 2019 - 15:19h
Em Testemunho: _____ da verdade
FABIOLA FRANCELINO SEGUNDO - ESCRIVENTE AUTORIZADA
Selo(s): 0074740 XAU07201901.00241
Total: 4,89

Serventia Registral e Notarial
Amaraji-PE
Fabiola Francelino Segundo
Escrivente Autorizada





SÉCRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL ALICE BATISTA DOS ANJOS

ATESTADO MÉDICO

AMARAJI
PREFEITURA MUNICIPAL

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR (A) Wladimir

IDENT. ON REGISTRO

FOI ATENDIDO(A)

CLÍNICA OU SERVIÇO

20

HOSPITAL - AMBULATORIO

NO DIA 24 03/19 AS HORAS, NECESSITANDO DE 02

CITIZENSHIP

DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA,

CIC

AMARAJI, DE 25 DE

CRM 3967

ATTIA - UTI - M
NEPPO - UTI - M
DOT

(ASSINATURA DO MÉDICO/ODONTÓLOGICO)
(CARIMBO CONTENDO NOME COMPLETO E REGISTRO CRM/CRO)





CLÍNICA CENTER

Medicina para todos

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(a) Luciana Lucimar
de Silva Gomes
foi atendido(a) nesta unidade de saúde necessitando de 15
quinze dias de afastamento das suas atividades profissionais,
ou escolares, a partir desta data, que por motivo da doença
— (Cid. S25).

Nota Este atestado é válido para as finalidades prevista no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto no. 60.501 e 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Recife, 18 de abril de 2019

Dr. Lauro Calabria
Ortopedia
CRM - 8953

Rua Aurora Caçote, 287 - Caçote - Recife - PE - Fones: (81) 3031.1599 / 98319.2363





CLÍNICA CENTER

Medicina para todos

RECEITUÁRIO

DECLARAÇÃO MÉDICA

Paciente Amir Guimar de Silva Borges
refere acidente com queda de mufo em
23/03/19, cursando com fratura de cabeça
do Radius E e encontra-se em tratamento
conservador, ainda com dor e limitação
funcional do MSE. CID-SSZ.1

Recife, 09 de maio de 2019

Dr. Lauro Calabria
Ortopedia
CRM - 8953

Rua Aurora Caçote, 287 - Caçote - Recife - PE - Fones: (81) 3031.1599 / 98319.2363





AMARAJI
PREFEITURA MUNICIPAL



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL ALICE BATISTA DOS ANJOS

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito e comprovação que no dia 23/03/2019, deu entrada nesta unidade de saúde a senhora Maria Lucimar da Silva Lopes, onde foi medicada em seguida tendo alta hospitalar. De que eu Amaro Fernando de Andrade Júnior declaro a seguinte declaração em 07/05/2019, conforme Boletins de Emergência de nº 173.062 em anexo.

Atenciosamente,


Amaro Fernando de Andrade Junior

Diretor Administrativo

Hospital M. Alice Batista dos Anjos
Amaro Fernando de Andrade Junior
Diretor Administrativo
Port. 36 / 2018

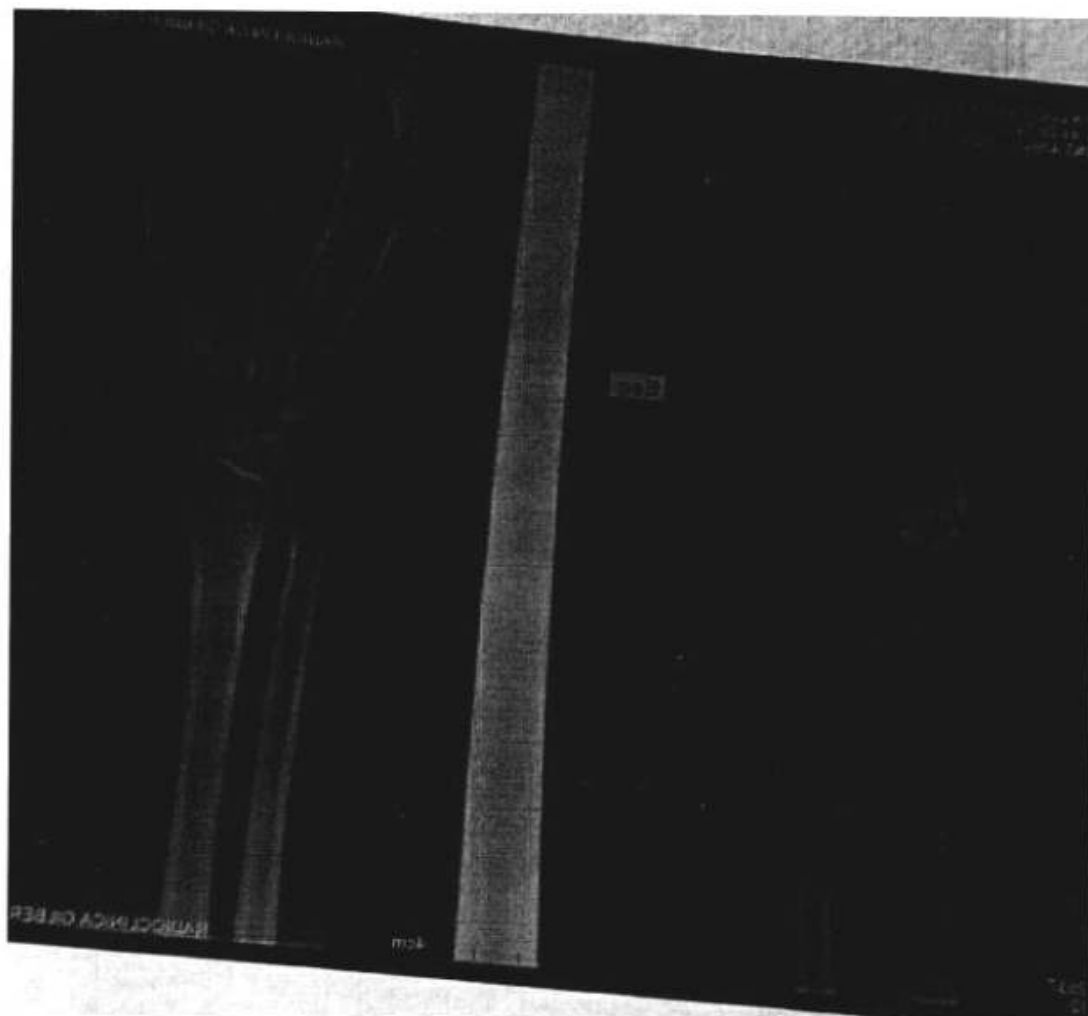
PREFEITURA MUNICIPAL DE AMARAJI

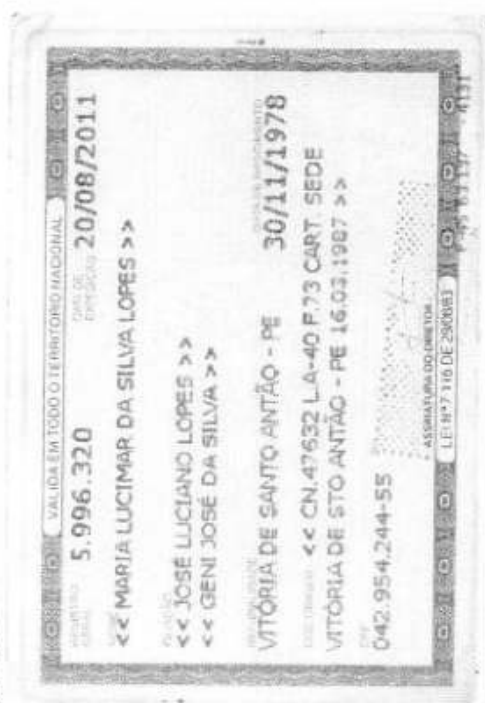
Rua Rocha Pontal, 72 - Centro - Amaraji - PE - CEP: 55515-000
Fone: (81) 35531944 - CNPJ: 11.294.360/0001-60



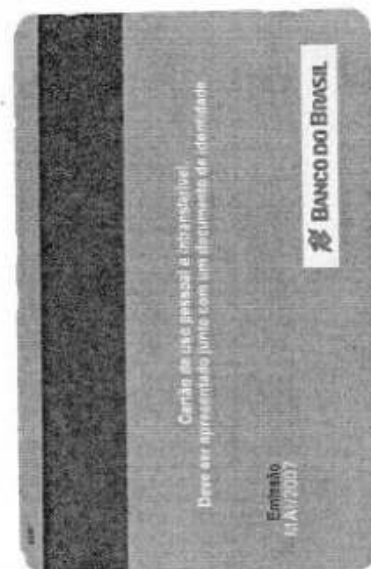












REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - CÓD. RENAVAM: 1 597622663
RNTIC: *****
EXERCÍCIO: 2019

NOME: CLÉIDE MARIA DO NASCIMENTO

AMARAJO - PE

CPF / CNPJ: 904.782.404-06
PLACA: PER7464

PLACA ANT / UP: *****
CHASSI: 9C2FCL680BR461541

COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GASOL

ESPECIE TIPO: PAS / MOTOCICLISTA

MARKA / MODELO: HONDA / CG150 FAN B5DI
ANO FAB: 2013
ANO MOD: 2014

CATEGORIA: 2E/149CL

VEIC. COTA ÚNICA: 1º *****
1º IFVA 2019 QUITADO
2º *****
3º *****

PREMIO TARIFARIO (R\$): 80.11
COT. ÚNICA: 0.32
PREMIO TOTAL (R\$): 84.58
DATA DE PAGAMENTO: 04/02/19

SEM RESERVA

AMARAJO, Roberto Sales
Diretor Presidente DETRAN/PE

DATA: 20/04/19

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014806287691 BILHETE DE SEGURO DPVAT

CLÉIDE MARIA DO NASCIMENTO
55515-000

AMARAJO - PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2019
DATA EMISSÃO: 20/04/19

PLACA: PER7464

CHASSI: 9C2FCL680BR461541

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$): 36.05
DETRAN (R\$): 4.01
CUSTO DO SEGURO (R\$): 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4.15
IOF (R\$): 0.32
TOTAL SEM IMPOSTO SOBRE IR (R\$): 84.58

PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO
DATA DE QUITACÃO: 04/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
GNPJ 09.246.600/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE FORTE COBRANÇA

PROTOCOLO

10 SET 2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190525087 **Cidade:** Amaraji **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES **Data do acidente:** 23/03/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CABEÇA DO RADIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO COTOVELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

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 completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. OUTORGANTE: MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES

portador(a) do documento de identidade nº: 5.996.320, expedido por SPS, em 20/08/2011, inscrito no CPF sob o nº: 042.954.244-55,

residente: Av. São José Boa Esperança, nº: 05 complemento: _____,

Bairro: Centro, cidade: Amaraji, Estado PE.

2. OUTORGADO: ANA ANGELICA ALVES DA SILVA

portador(a) do documento de identidade nº: 7.783.665, expedido por SDS, em 11/03/2005, inscrito no CPF sob o nº: 085.980.234-50,

residente: Rua Severina de Andrade, nº: 74 complemento: _____,

Bairro: placa Batista, cidade: Amaraji, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários, na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO da vítima:

Maria Lucimar da Silva Lopes, Acidente ocorrido no dia 23/03/2019 do sinistro de DPVAT da natureza imprudência.

26 de Julho de 2019

OUTORGANTE: Maria Lucimar da Silva Lopes



(reconhecer firma por autenticidade)



SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE AMARAJI - PE
Rua Trize de Maio, 13 - Centro - CEP: 55515-000 - Fone: (81) 3553-1782
Tabelião e Registrador: Heloisa Rodrigues Mourado



Reconheço por AUTENTICIDADE 1 (uma) firma(s) de:

(1) MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES

Dou fe

Amaraji-PE, sexta-feira, 26 de julho de 2019 - 15h15h

Em Testemunho: _____

FABIOLA FRANCELINO SEGUNDO - ESCRIVENTE AUTORIZADA

Selo(s): 0074740. RA907201901.00239

Total: 4.89

Serventia Registral e Notarial
Amaraji-PE

Fabiola Francelino Segundo
Escrivente Autorizada



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313377/19

Número do Sinistro: 3190525087

Vítima: MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES

CPF: 042.954.244-55

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 23/03/2019

Titular do CPF: MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

ANA ANGELICA ALVES DA SILVA : 085.980.234-50

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/09/2019
Nome: MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES
CPF: 042.954.244-55

MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/09/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JONATAN BARBOSA DE BARROS



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313377/19

Número do Sinistro: 3190525087

Vítima: MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES

CPF: 042.954.244-55

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 23/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/10/2019
Nome: ANA ANGELICA ALVES DA SILVA
CPF: 085.980.234-50

ANA ANGELICA ALVES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JONATAN BARBOSA DE BARROS

