

Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2016

Carta nº: 9979620

A/C: NILDETE GOMES DA SILVA

**Sinistro:** 3160655669 ASL-1123021/16  
**Vitima:** NILDETE GOMES DA SILVA  
**Data Acidente:** 14/05/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2016

Carta nº: 10029896

A/C: NILDETE GOMES DA SILVA

Sinistro: 3160655669 ASL-1123021/16  
Vítima: NILDETE GOMES DA SILVA  
Data Acidente: 14/05/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2016

Carta nº: 10086437

A/C: NILDETE GOMES DA SILVA

Sinistro: 3160655669 ASL-1123021/16  
Vítima: NILDETE GOMES DA SILVA  
Data Acidente: 14/05/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **NILDETE GOMES DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000003141-0**

Conta: **0000010766-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

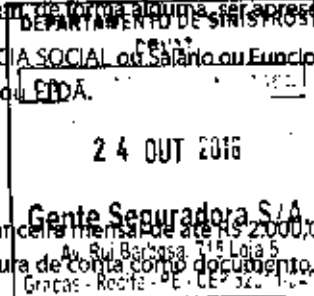
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, NILDETE GOMES DA SILVA  
PORTADOR(A) DO RG Nº 880.738 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 06/07/1998  
CPF 38000284004-68 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO AGRICULTOR  
E RENDA MENSAL DE R\$ 900,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA A MESMA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem** de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou EPPA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.700,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3141 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 10466-2

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Abreu e Lima de Setembro de 2016  
LOCAL E DATA

Nildete Gomes da Silva  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

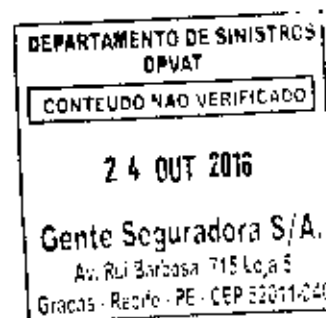
24 OUT 2016

Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Graciosa - Recife - PE - CEP 52011-000



## DECLARAÇÃO

Eu, NILDETE GOMES DA SILVA  
Portador (a) do RG nº 880.738, e do CPF nº 380.088.414-68,  
**DECLARO**, Para os devidos fins, junto a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO  
SEGURO DPVAT S/A, que estive presente na Agência do BANCO: B. BRADESCO,  
e a conta de minha titularidade nº 10466-2, agência nº 3141,  
encontra-se ativa desbloqueada e sem limites para movimentação financeira, sendo possível o  
depósito referente à minha indenização do seguro DPVAT. Pelo que firmo a presente.



Nildete Gomes da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): Nildete Gomes da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Guachinduba, S/N  
Zona Rural Conde PB CEP: 58322-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PB ] 880738  
Data local do exame: [ 21/11/2016 ] João Pessoa [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**Fratura do pé esquerdo (metatarsos)**

**Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica no dorso do pé esquerdo com retração cicatricial, edema residual, limitação de mobilidade articular e deficit de força motora do pé esquerdo.**

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim ( ) Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim ( ) Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**Evolui com retração cicatricial no dorso do pé esquerdo, limitação de mobilidade dos dedos deficit de força motora do pé esquerdo.**

**Data da alta: 20/08/2016.**

**Realizado tratamento cirúrgico com limpeza e desbridamento, imobilização, resultado insatisfatório.**

**Complicações: Não houve complicações neste caso.**

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim ( ) Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Apresenta limitação de mobilidade articular e deficit de força motora do pé esquerdo.**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Pé - Esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual (X) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinala a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

- V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. João Bartolomeu P. Rabelo  
Médico Perito  
CRM - PB 4518 CRM PE 14722  
SAUDESEG



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
GERÊNCIA EXECUTIVA METROPOLITANA DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE CONDE/PB



## **BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 0875/2016**



**Versando sobre: Acidente Veículo**

**Data do ocorrido: 14 maio 2016**

**Registro do fato: 08:10 horas do dia 26 de agosto de 2016**

**Delegado de Polícia: Paulo de Oliveira Martins**

**Local: Conde-PB.**

**Nome: NILDETE GOMES DA SILVA**

**Naturalidade: Alhandra - PB**

**Estado Civil: solteira**

**Filiação: Aluizio Gomes da Silva e Antônio Vicente da Silva**

**Data de nascimento: 31/05/1963, com 53 anos.**

**Profissão: Agricultora**

**Identidade: 880.738 SSP/PB**

**CPF/MF: 380.028.414-68**

**Endereço : Sítio Guachinduba, próximo ao Colégio Municipal Antônio Bento da Silva, próximo a Jacumã, Conde - PB**

**Telefone: 83 9305 1689**

**HISTÓRICO: Afirma a NOTIFICANTE** que no dia 14/05/2016 estava caminhando pela estrada do Sítio Guachinduba, Zona Rural do Município do Conde, quando foi atropelada por uma Motocicleta, indo ao solo; QUE a NOTIFICANTE foi socorrida pelo SAMU e conduzida para o Complexo Hospitalar Mangabeira; QUE no citado hospital ficou constatado uma fratura no pé esquerdo conforme certidão nº 1024/2016. **Motivo pelo qual procurou esta Delegacia.**

O noticiante foi advertido de que, caso o teor deste registro não importe a verdade, sofrerá sanções administrativas, civis e penais, inclusive as contidas no Art. 299 do Código Penal.

*\*Nildete Gomes da Silva*

**NOTIFICANTE**

DEPARTAMENTO DE SIMBIOLOGIA
GRUPO V
CONTENIDO NÃO VERIFICADO
24 OUT 2016
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa 715 Loja 5
Gratias - Recife - PE - CEP 52011-040

*Paulo de Oliveira Martins*

Agente Investigação 1819631

Avenida Presidente Epitácio Pessoa, 156, Conde / PB- Telefone (83) 32982265

Registro de B.O. ONLINE:

[www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br)



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, NILDETE GOMES DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 880.738 e inscrito no CPF/MF sob o nº 380028-414-68 residente e domiciliado na SÍTIO GUACHINDUBA ZONA RURAL Cidade CONDE Estado PARAIBA, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

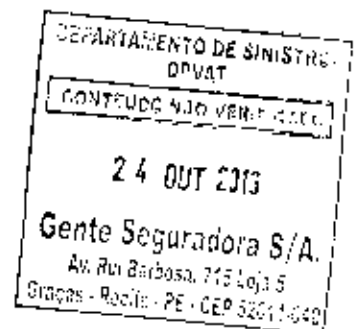
- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (x) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Nildete Gomes da Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



Araruama/PB 16/09/2016

Local e data





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58053-900  
João Pessoa - PB

## DECLARAÇÃO

O SAME 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 605.074, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1276211, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **NILDETE LOMES DA SILVA** idade 53 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Atropelamento por Moto)** no dia 14/08/2016, no Sítio Guachinduba, Bairro: Zona Rural - Conde - aproximadamente às 18:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcísio Buriti (Ortopedia - Monte Castelo).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 19 de Agosto de 2016.

Jefferson da Rocha Augusto  
Estatístico  
CNPJ: 08.806.754/0015-40

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

**SAMU 192 JP**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONCEBUIOS NA VERIFICAÇÃO

24 OUT 2016

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, 116 Loja 5  
Graciosa - Recife - PE - CEP 52011-000

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	23/11/2016
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE:	NILDETE GOMES DA SILVA
----------	------------------------

BANCO:	237
--------	-----

AGÊNCIA:	03141-0
----------	---------

CONTA:	000000010766-2
--------	----------------

---

---

Nr. Autenticação

BRABESCO2311201605000000000023703141000000010766168750    PAGO



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, NILDETE GOMES DA SILVA,

RG nº 880.738, data de expedição 06/07/1998 Órgão SSP/PB,

CPF nº 380.028.41468, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	SITIO GUACHINDUBA
Número	S/N
Apto / Complemento	CASA
Bairro	ZONA RURAL
Cidade	CONDE
Estado	PARAIBA
CEP	58322-000
Telefone de Contato	(81) 3538.0069 - (81) 98721-5834
E-mail	brallinsop@uol.com.br

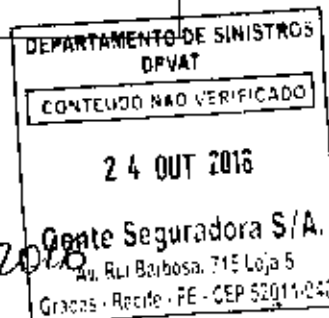
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Abreu e Lima/PE 16/09/2016

Assinatura do Declarante:

Nildete Gomes da Silva



LEONIL DA SILVA FERNANDES  
RUA GUBA SIN: AREA FISCAL  
CONDE/PE CEP: 55220-000 (AG: 1)

Classificação: COMERCIAL/COMERCIAL MONOFÁSICO  
Retro: 5-21-551-1780  
Nº medidor: 00008157221

ENERGISA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 09.006.163/0001-40 - Est. Est: 16.015-423-0

Nota Fiscal: Corte de Energia Elétrica nº 0000 368-024  
Código para DAE no Autopag: 80013543244

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 - e-mail: energia@energia.com.br

Conta referente a: US (Unidade Consumidora): 51224224-4

Acq/2016

Canal de contato

Apresentação

11/08/2016

Data prevista da  
próxima leitura

13/09/2016

CPF/CNPJ/RANI

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Difer.
15/07/16	11/08/16	2454	155	155

Data	Letura	Data	Letura
15/07/16	155	11/08/16	2454

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Energia Consumida	155	5,41811	8,3971
ICMS			1,33
PS			1,33
COTAS			1,00
LUXO, MONTON E SERVIÇOS			
CONTABILIZADO DE ENERGIA			1,24
CONTRIBUIÇÃO DE ILUMINIZACAO			2,41
COMPENSAÇÃO POR EXCESSO DE ENERGIA			5,00

Histórico de consumo  
(kwh)

Jul/16	155
Jun/16	215
Mai/16	222
Abr/16	220
Mar/16	229
Fev/16	230
Jan/16	234
Dez/15	235
Nov/15	205
Out/15	217
Set/15	195
Ago/15	188

Descrição	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
PS	1,33	1,33	1,33
ICMS	1,33	1,33	1,33
COTAS	1,00	1,00	1,00

VENCIMENTO: 18/08/2016 TOTAL A PAGAR: R\$ 95,35

Médo dos subscritores

7879.e897.21e8.15e0.be2b.de94.8fd7.d0e2

Indicadores de Qualidade

Unidade da ANEL	Agosto	Unidade de Tempo	Unidade de Tempo
OCORRÊNCIAS	12,40	17,88	220
DIO TRMSTRAL	24,71		
DIO ANUAL	49,42		
FIC MENSIL	8,10	2,00	
FIC TRMSTRAL	16,24		
FIC ANUAL	32,48		
QAT	6,75	11,30	
QAT	18,00		

Descrições	Valor (R\$)	%
Benefícios do Plano de Energia PB	26,11	26,80
Compensação de Energia	24,29	25,59
Benefícios de Tarifas	2,05	2,03
Encargos Setoriais	6,28	6,18
Impostos Diretos e Encargos	30,82	30,18
Outros Benefícios	4,80	4,80
Total	101,18	100,00

Valor do EUI/D (R\$ 8/2016) R\$ 47,75

ATENÇÃO

RECEITA DE VENCIMENTO: Caso não seja possível a apresentação da receita, o consumidor poderá ser considerado inadimplente a partir de 25/08/2016. Conforme Resolução 414 da ANEL, o pagamento após a data não tem efeito para a suspensão da dívida. O consumidor, caso o pagamento não seja efetuado, poderá sofrer a suspensão da unidade consumidora para garantir o pagamento. O consumidor deverá pagar a unidade consumidora para garantir o pagamento. O consumidor deverá pagar a unidade consumidora para garantir o pagamento. O consumidor deverá pagar a unidade consumidora para garantir o pagamento.

CONTADEIRO: PARAIBA

Retro: 5-21-551-1780  
Métrico: 1224224-3018-05-1

VENCIMENTO

18/08/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 95,35

83630000000-1 95350054000-0 12242242016-8 08100210019-6



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
24 OUT 2016  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Goiânia - Goiás - PE - CEP 52011-000



CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2



ATENDIMENTO: AVENIDA EUCALIPTOS NUM: 00461 - MATINHA ABR

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 103666667-001/2016	
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS			
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-17			
INSCRIÇÃO: 165.135.170.0443.000 GRUPO 7 - DEB AUTOMÁTICO: 103666667			
SITUAÇÃO AGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	
LIGADO	POTENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)
ATLE277112	31/08/2016	29/09/2016	MEDIA HQ

AGUA:  
LEIT ANT: 30 CONSUMO: 3  
LEIT ATU: RECORRENCIA TAXA M  
LEIT FAT: 33

HISTORICO DE CONSUMO  
REFERENCIA CONSUMO

		PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG. PORT	ANALISES	ATENDEM
08/2016	01		MS 2.914/11	REALIZ.	A 11GTS
07/2016	03	TURBIDEZ	48	49	49
06/2016	03	COR APARENTE	48	49	47
05/2016	03	CLOD. RESIDUAL	48	49	46
04/2016	01	COLIF. TOTAIS	48	49	46
03/2016	04	E. COLI	48	49	47

MEDIA: 03 Qualidade de Agua: mm Compesa com D

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2) OS PARAMETROS CONFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLOD RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA AGUA  
(3) OS PARAMETROS CONFORMES TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	2 M3	37,25
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	1 M3	54,80
JUROS DE MORA 06/2016		0,93
DEV. PAGTOS D+PL 05/2016		0,91

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT.  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
24 OUT 2016  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Graciosa - Recife - PE - CEP 52011-040



( / )



Buscar no site

A  
COMPANHIASEGURO  
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-  
Atendimento)CENTRO DE DADOS E  
ESTATÍSTICASSALA DE  
IMPrensaTRABALHE  
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados e o parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

## SINISTRO 3160655669 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA NILDETE GOMES DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO NILDETE GOMES DA SILVA

CPF/CNPJ: 38002841468

## Posição em 23-09-2020 10:45:30

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00


Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/11/2016	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
26/11/2016	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/6m8n3RcZ5XWgeD+PbAapi_key=X0pTBXPGKmYBwSV8NbD4Osp7OSNfoja3pYzgUDNXriA=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/6m8n3RcZ5XWgeD+PbAapi_key=X0pTBXPGKmYBwSV8NbD4Osp7OSNfoja3pYzgUDNXriA=</a>
17/11/2016	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/8HajcxXmsFDaSVTr2tc6api_key=X0pTBXPGKmYBwSV8NbD4Osp7OSNfoja3pYzgUDNXriA=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/8HajcxXmsFDaSVTr2tc6api_key=X0pTBXPGKmYBwSV8NbD4Osp7OSNfoja3pYzgUDNXriA=</a>

Chat

13/11/2016	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 ( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/dDYK7kl9Coql5Ke9E0RYbvapi_key=X0pTBXPGKmYBwSV8NbD4Osp7OSNfoja3pYzgUDNXriA=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/dDYK7kl9Coql5Ke9E0RYbvapi_key=X0pTBXPGKmYBwSV8NbD4Osp7OSNfoja3pYzgUDNXriA=</a> )
------------	------------------------------------	--



(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

### Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

### ACESSIBILIDADE



(</Pages/Acessibilidade.aspx>)



(</Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>)

A A A 

### COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)

Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)

Documentos Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)

Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

### PAGUE SEGURO



Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)

Consulta a Pagamentos Efetuados (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx>)

### ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)

Chat





(<https://www.seguradoralider.com.br>)



(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Seguro-DPVAT-Oficial/>)  
l%C3%ADder-  
dpvat)

## Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

## Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

## Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (/Contato/telefones-de-contato)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- › Mapa do Site (/Mapa-do-Site)



(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)

Chat



## DECLARAÇÃO

### **Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

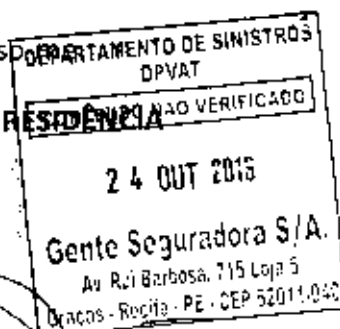
<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. <sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS, portador(a) do RG nº 7.742.986, expedido por SDS/PE, em 26.01.2005, CPF/CNPJ nº 884.647.684-00, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) MILETE GOMES DA SILVA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima MILETE GOMES DA SILVA e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: empresária

Renda Mensal: R\$: recuso

Documentos comprobatórios: **HABILITAÇÃO E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA**



*Rossana Ligia Fernandes*

**ASSINATURA PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO**



## CERTIDÃO

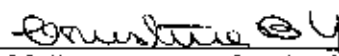
Nº. 1024/2016

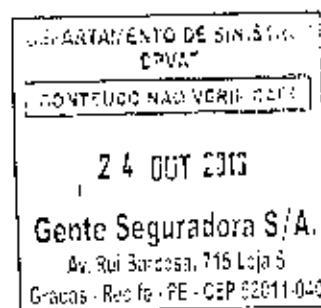
Atendendo solicitação de NILDETE GOMES DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 852257 pertencentes a mesma que foi atendido no dia 14/05/2016 às 19H23min, vítima de atropelamento, apresentando trauma em pé esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de segundo metatarso esquerdo. Realizado procedimento de limpeza, sutura, imobilização e medicação.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 15 de julho de 2016

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA  
R. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 852257 Atd: Nao Regu  
Data: 14/05/2016  
Hora: 19:23:58  
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA S.  
Clinica: URGENCIA *sem mutologia*

DADOS DO PACIENTE

Nome: NILDETE GOMES DA SILVA

Num. de vezes atendido: 4

Num. Prontuario: 2013.05.000676

CNS: 203869851920001 Sexo: F IDENTIDADE: 880738 Fone: 93599974

Natural: ALHANDRA/PB Data Nasc.: 31/05/1963 Id: 53 ano(s)

End.: SÍTIO GUAXIDUNBA, SN

Bairro: ZONA RURAL Cidade: CONDE UF: PB

Pai: ALUISIO GOMES DA SILVA

Mae: ANTONIA VICENTE DA SILVA

Ocupação:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: FILHA/HEMELLY

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: CASA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

**FATURADO**  
DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT

CONDIÇÕES DE RISCO

24 OUT 2016

Gente Seguradora: 4

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE NO MOMENTO DE ATENDIMENTO

Tipo de Classificação de Risco:

PA:

FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC:

TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso:

Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd:

O2%: 98

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Queixa Principal

Observacao

*Quem em pé esquivado.  
Vitima de atropelamento trazida pelo SAMU que a  
encontrou deambulando vaga reboque, vômitos  
para a esquerda*

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

*A - Voz rouca e gagueira  
B - MMII com edema  
C - BERNFESS pulso cheio e sim  
D - ECG - IS. sup iso foto  
E - Luxação mm. Tomazelo @ + FCC em  
dono do joelho*

Prescrição

Horario da medicacao

*- Col. Rx de perna e AP + P  
Rx Tomazelo e AP + P*

Dr. Rafael Mourato  
Médico Cirurgião  
CRM-PE - 20.721  
CRL-PE - 8795

**FATURADO**

#ONTORRUA

#RX: PRESENÇA DE

FX em 2º MTT E

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

CD: 1) LIMPEZA EXAUSTIVA com  
SF 0,9% 10L

2) SUTURA + CURATIVO

3) TALA BOTA

4) RETORNO em 7 dias

5) CEFALOXINA + KINE

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

6) TETANOGRAMA

7) CEFALOTINA 2g + AZOL  
460mg

STAT

Dr. JORGE

Qtde | Medicamentos

Dose | Horário | Evolução

Dr. Leonardo Torres  
Médico  
CRM - PE 2001

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência

☐ Transferido

☐ Desistência

☐ UTI

☐ Alta a pedido

☐ Enfermaria

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

030 106 005  
030 101 009


DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO  
"0012"

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Aluizio Gomes da Silva  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
BPVA

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 OUT 2016

Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Graciosa - Recife - PE - CEP 520-1404

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 280.738-2A VIA DATA DE EMISSÃO 06 JUL 1998

NOME NILDETE GOMES DA SILVA

Aluizio Gomes da Silva  
Antonia Vicente da Silva

Alhandra-PB.

31.05.1963.

Cart. Nasc. 1623, Fls. 253-V, liv. A-2,  
Cart. de Conde-PB.

380.028.414-68

Assinatura do Titular

LEI Nº 7.162 DE 09-08-1966



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO  
 CARTERA NACIONAL DE HABITAÇÃO

1222242405

ROSEANA LIDIA FERNANDES DANTAS

DOC. IDENTIDADE/ORD. EMISSÃO  
 7742986 SSP PE

CPF  
 884.647.684-00

DATA NASCIMENTO  
 07/04/1973

PLAÇÃO  
 BENASTIAO RAUER DANTAS

IMACIA FERNANDES  
 DANTAS

PERMISÃO  
 ACC  
 CAS. NAL  
 AB

Nº REGISTRO  
 02399567347

VALIDEZ  
 23/03/2021

1ª VALIDADE  
 28/06/2002

OBSERVAÇÕES  
 sem observações

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

LOCAL  
 PAULISTA - PE

DATA EMISSÃO  
 28/03/2016

ASSINATURA DO EMISOR

50091646365  
 22071727480

1222242405

DEPARTAMENTO DE HABITAÇÃO  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO  
 CONTADOR  
 24/03/2016  
 Geni Siqueira S.A.  
 24/03/2016  
 Geni Siqueira S.A.

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160655669

**Cidade:** Conde

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** NILDETE GOMES DA SILVA

**Data do acidente:** 14/05/2016

**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do pé esquerdo (metatarsos).

**Descrição do exame médico pericial:** Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica no dorso do pé esquerdo com retração cicatricial, edema residual, limitação de mobilidade articular e deficit de força motora do pé esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Realizado tratamento cirúrgico com limpeza e desbridamento, imobilização, resultado insatisfatório. Não houve complicações neste caso.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional leve do pé esquerdo.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 21/11/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

**CRM do médico:** 4518

**UF do CRM do médico:** PB

## 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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**





# DECLARAÇÃO



Eu NILDETE GOMES DA SILVA

RG 880.738 CPF 380.028.414-68 declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre em 14/05/2016 fui socorrido por UMA AMBULANCIA DO SAMU

e levado ao Hospital TARCISIO BURITY ORTODONTIA MANGABEIRA

Declaro que além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC - 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc., da mesma forma que não houve ocorrência no local do acidente: tão pouco foi instaurado inquérito Policial na delegacia.

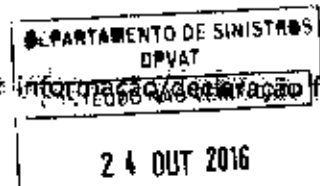
Declaro que estou a inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Líder entenda necessária para a confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro, vejamos:

## "Comunicação falsa de crime ou de contravenção:

Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado;

Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa".

Também me responsabilizo pelo ora declarado e estou ciente que qualquer informação ou declaração falsa prestada poderá incorrer nas penas conforme o Art. 299 do código Penal Pátrio:



## Falsidade Ideológica

Gente Seguradora S/A.

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante;

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

Parágrafo Único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Local: Abreu e Lima UF Pernambuco Data 16/09/2016

Nildete Gomes da Silva

Declarante



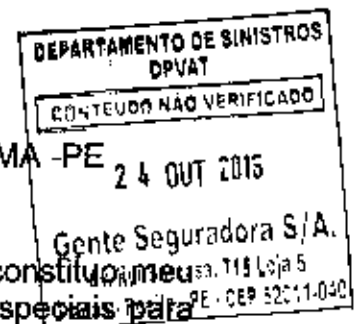
# PROCURAÇÃO PARTICULAR

## BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: NILDETE GOMES DA SILVA  
 Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA  
 Profissão: AGRICULTORA  
 Identidade: 880.738 CPF: 380.028.41468  
 Endereço: SÍTIO GUACHANDUBA S/N. ÁREA RURAL  
CONDÉ/PB. CEP: 58322-000.

## PROCURADOR:

Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS  
 Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA  
 Profissão: Empresária  
 Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00  
 Endereço: AV. JOAQUIM NABUCO, Nº 200, TIMBO, ABREU E LIMA - PE



Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, enfim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro do beneficiário/vítima, até o de sua liquidação, dando por fiel cumprimento deste Mandato.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

C. Pedro Alves

Condé 26/08/2016  
 Local e data

Nildete Gomes da Silva

Assinatura do Beneficiário/Vítima  
 (Reconhecer firma por autenticidade)

