

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, 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, 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 inicio 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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio 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 n°: 10086437

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.: 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%

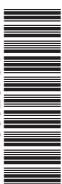
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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.

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**

POR PORTADOR(A) DO RG Nº **880.738** EXPEDIDO POR **SSP/PR** EM **06/07/1998** E
CPF 38000284034-68 /CNPJ **00000000000000000000**, PROFISSÃO **ADM. DE CUSTÓDIA**
 E RENDA MENSAL DE R\$ **900,00** (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA **A. MESSA**, 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 FIDÁ;
- 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\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como 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), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

24 OUT 2016

Gente Seguradora S/A
Av. Rio Branco, 716 Loja 5
Graciosa - Recife - PE - CEP 520-100

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.

LOCAL E DATA

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.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

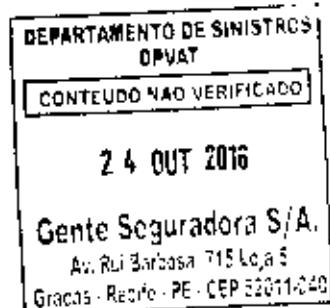
24 OUT 2016

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife - PE - CEP 52011-020



DECLARAÇÃO

Eu, NILDETE GOMES DA SILVA,
Portador (a) do RG nº 880.738, e do CPF nº 380.028.494-68,
DECLARO, Para os devidos fins, junto a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO
SEGURO DPVAT S/A, que estive presente na Agência do BANCO: B. BRADSCO,
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 Vítimas 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?

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?

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 urso 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 suscetível à qualquer medida terapêutica)?

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”

“Sem sequela permanente”

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de

“Exame não permite conclusão”

trânsito que não sejam suscetíveis de amenização

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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):

Região Corporal (Sequela):

Pé - Esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale 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)

João Bartolomeu P. Rabelo

Carimbo com Nome e CRM

Dr. João Bartolomeu P. Rabelo

Médico Perito

CRM - PB 4518 CRM PE 14722

SAUDESEG



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 0875/2016



Verendo sobre: Acidente Veículo

Data do ocorrido: 14 maio 2016

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

Delegado de Policia: Paulo de Oliveira Martins

Local: Conde-PB.

305980
1123021116

Nome: NILDETE GOMES DA SILVA

Naturalidade: Alhandra - PB

Estado Civil: solteira

Filiação: Aluizio Gomes da Silva e Antônia 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

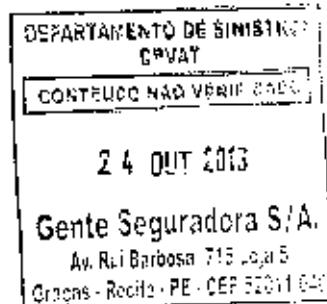
Endereço : Sítio Guachinduba, próximo ao Colégio Municipal Antônio Bento da Silva, próximo a Jacumã, Conde - PB

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 NOTICIANTE 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.

* Nilde Gomes da Silva
NOTIFICANTE



Heitor Júnior
Agente Investigação 1819631

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

Registro de B.O. ON LINE:

www.delegaciaonline.pb.gov.br

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, NILOTE GOMES DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 880.738 e inscrito no CPF/MF sob o nº 380.028.414-68 residente e domiciliado na SITIO GUACHINOURA 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
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

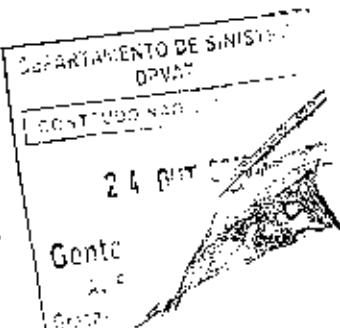
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
24 OUT 2013
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife - PE - CEP 52011-040

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Nilote Gomes da Silva
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

DE CLARACÃO

O SAME 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 600074, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1275211, atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **NILDETE GOMES 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 18:10 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcísio Burity (Ortoprâuma - Manaus/AM).

Por ser expressão da verdade, falso a presente declaração.

João Pessoa, 19 de Agosto de 2016.



Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

SAMU 192 JP

DEPARTAMENTO DE SINISTRO - I
DPVAT
CONCLUIDO NA DATA:
24 OUT 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barreto, 715 Lote 5
Graciosa - Recife - PE - CEP 52011-000

BRADESCO

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

BRADESCO23112016050000000002370314100000010766168750 PAGO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, NILODETE GOMES DA SILVA,

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

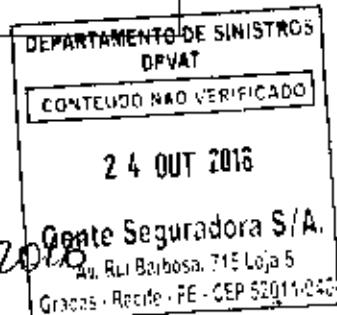
CPF nº 380.028.43468 venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio GUACHINDUBA</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>CONDE</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58322-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 3538.0069 - (81) 98721-5834</u>
E-mail	<u>bralltunespe@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Abreu e Lima / PE - 16/09/2010



Assinatura do Declarante:

Nilde Gomes da Silva

LEONOR DA SILVA FERNANDES
SITUAÇÃO: S/USC S/USC F/USC
CONDE/PE/CEP: 5652000 (AC-1)

ClasseS bens COMERCIAL / COMERCIAL MONOFASICO
Rota 5-21-661-1780
Nºmedida: 00008157221

Referência: Agosto 2018
Emissão: 19/08/2018

ENERGIA FIBRA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Av. 231, Nro 25 - Cidade Industrial - João Pessoa/PB - CEP 58071-000
CNPJ: 09.005.103/0001-67 - Ins. Est: 10.015.423
Nota Fiscal de Conta de Energia Elétrica: N000369-024
Órgão gestor: SUSEL - Autorizada: 0001534-22-4

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196 | www.energiasa.com.br

Conta referente a: 01/2018 (Última leitura: 01/224224-4)

Acô / 2018

Conselho de Contato

Agradecimento

11/08/2018

Data prevista da
próxima leitura:

13/09/2018

CPF/CNPJ/BAN

Autentico	Autônomo	Consumidor	Comerciante/Outro

Notas em aberto:

Detalhado	Quantidade	Preço	Valor R\$
Consumo - 01/18	155	0,41817	63,82
ICMS			1,24
IR			0,38
COFINS			1,62
TOTAL DE ITENS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO FEDERAIS			1,24
CONTRIBUIÇÃO ESTADUAIS			0,41
COMPRA, VENDA, PRODUÇÃO E ALUGAR			63,82

Histórico de consumo:

Mês	Consumo
Janeiro	215
Março	222
April/18	220
Maio/18	229
Junho/18	222
Julho/18	220
Agosto/18	220
Setembro/18	220
Outubro/18	217
Novembro/18	220
Dezembro/18	198

VALOR TOTAL: R\$ 63,82

Média dos ultimos meses:

124,50

DATA DA LEITURA:

18/08/2018

R\$ 63,82

DATA DA FOLHA:

18/08/2018

7879.e897.21e6.15e0.be2b.de94.8fd7.d0e2.

Indicadores de Qualidade:

Límite de Anel I	Límite de Anel II	Unidade de Referência (UR)	Desempenho	Valor (R\$)	%
0,000000	17,68	220	Banco de Dados Energia PB	26,11	25,82
0,000000	24,71	220	Companhia Energia	24,23	23,82
49,47	49,47	220	Banco de Transmissão	7,05	2,03
0,000000	2,00	220	Encargos Gerais	8,28	8,18
16,24	16,24	220	Imposto sobre Circulação	30,52	30,18
32,45	32,45	220	Outros Serviços	0,00	0,00
0,00	12,30	220	Total	101,12	100,00

Valor da Fatura (R\$ 18/2018): R\$ 47,70

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
GIVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
24 OUT 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Braga, 715 Loja 5
Graças - Recife - PE - CEP 52011-040

UF: PB - Paraíba

VENCIMENTO: 18/09/2018 TOTAL A PAGAR:

Referência: 01-551-1760
Meia Fatura: 1224224-018481

18/08/2018 R\$ 63,82

83630000000-1 95350054000-0 12242242018-8 08100210019-6



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA EUCLÉIPTOS NUM: 00461 - MATINHA ABR

DADOS DO CLIENTE		MATRIZ/CLIA: 1036686673 SET/2016	
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS		R. JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - - TIBAU ABREU E LIMA PE 53520-17	
INSCRIÇÃO: 165.335.120.0443-000 GRUPO: 17 DEB. AUTOMATICO: 1036686673		QUANTIDADE DE ECONOMIAS:	
SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	COMERCIAL
LIGADO	POTENCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	T.P.O DE CONSUMO (AVE)
AT11E277112	31/08/2016	29/09/2016	MÉDIA: HD

ÁGUA:

LEIT. ANT: 30 CONSUMO: 3
LEIT. ATU: 31 RÉCURRENCIA TAXA: N
LEIT. FUT: 33

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO

DATA	CONSUMO	NÚMERO DE AMOSTRAS			
		EXIG.	PORT.	ANALISES	ATENDEM.
08/2016	01	HS	918/11	REALIZ.	44/47
07/2016	03	TURBIDEZ	48	49	49
06/2016	03	COR APARENTE	48	49	47
05/2016	03	CLORO RESIDUAL	48	49	46
04/2016	01	ESFERA TOTAL	48	49	46
03/2016	04	CLORO TOTAL	48	49	47

MÉDIAS: 30 CONSUMO: 3 Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COFORMES, TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS

(2) OS PARÂMETROS COFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO

RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA

(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES

ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

2 M3 37,25

CONSUMO DE ÁGUA

1 M3 54,80

CONSUMO DE ÁGUA

0,93

JUROS DE MORA 06/2016

0,81

DEV. PAGTO DAV/PL 05/2016

00157

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
24 OUT 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barrosa, 715 Loja 5
Graças - 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 para a análise da Seguradora. O prazo para a emissão do 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	Download
17/11/2016	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	Download

Chat

13/11/2016

ABERTURA DE
PEDIDO DE
SEGURO
DPVAT

(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/dDYK7kl9Coql5Ke9E0RYbvapi_key=X0pTBXPGKmYBwSV8NbD4Osp7OSNfoja3pYzgUDNXriA=)



(<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-Efetuados.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>)

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-Reclamacoess-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](#))



DECLARAÇÃO

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

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 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.

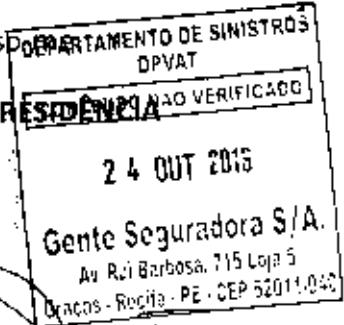
A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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 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) ALIOETE GOMES DA SILVA do sinistro de DPVAT da natureza **INVALIDEZ** da vítima ALIOETE 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 Tarcisio Burity, 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, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 15 de julho de 2016

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137

DEPARTAMENTO DE SINDICATO
CPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
24 OUT 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rio Branco, 715 Loja 5
Graciosa - Recife - PE - CEP 52011-040

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
Recepção: GABRIELA DA COSTA S
Clinica: URGENCIA *new mutologia*

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 4

Nome: NILDETE GOMES DA SILVA

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.: SITIO 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

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2t: 98	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Vomito
		Observacao

Queixa Principal

*Fazia urin em pé quando
Vitima de atropelamento trazida pelo SAMU que a
entrevistou de ambulacado. Negou lesões, dor, náuseas, vômitos
perda de consciencia*

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

A - Nao sente dor e fraude

B - Nao sente dor, dilata os pupilas

C - Pernas ficas e cheias de urin

D - EcG - IS. dup 180/160

E - Luxação de Tornozelo (E) + Frac de cana do joel

Diagnóstico

Prescrição

*- Col Rx de perna E AP + P
Rx Tornozelo E AP + P*

Horário da medicacão

*Dr. Rafael Mourato
Medico Cirurgião
CRM-PE - 20.121
CRF-PE - 8795*

FATURADO

Hospital

HN: Regente DE

Ex em 2º MTE

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

- CD: 1) LIMBEZA EXANSTIVA com
SF 0,9% 10L
2) SUTURA + CURATIVO
3) TARA BOTA
4) Retorno em 7Dias

ETAP

Dr. JONAS

Qtdel Medicamentos

5) CEFALOEXINA FAMIC

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

6) TERANOGRAMA

7) CEFALOTINA 2g+1000mg
460mg

DR. JONAS
ADM-2000

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

- Residencia Transferido Desistencia UTI
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO IML

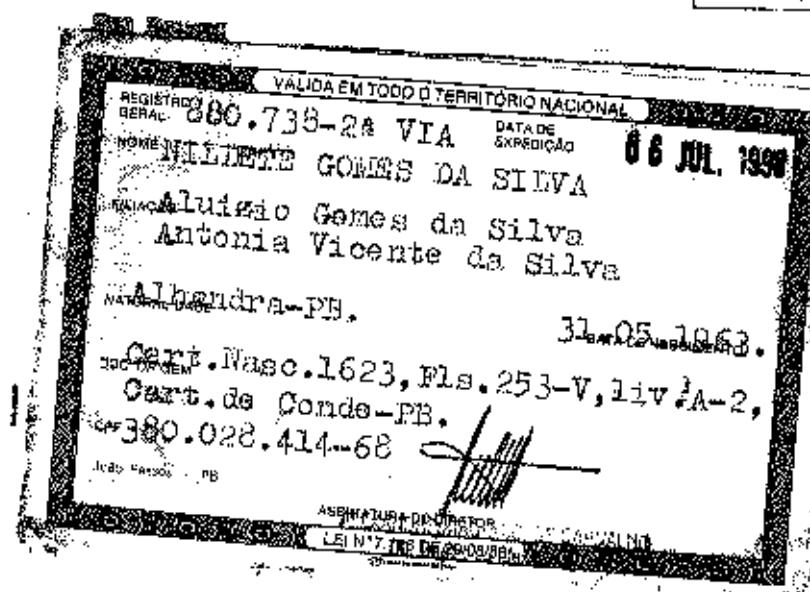
Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

030 106 005
030 101 009



DEPARTAMENTO DE SINISTROS BPAT
CONTEÚDO NÃO ENCRYPTADO
24 OUT 2016
Gente Seguradora S/A. Av. Rui Barroso, 715 Loja 5 Graças - Recife - PE - CEP 52011-047





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTERA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

HOME
RODRIGO LIMA FERREIRA DANTAS

DOC. DEPTADE/ÓRG. ISSPOR/UF
7742386 882 PE

DM
884.447.684-00 07/04/1973

RAUDE
RODRIGO LIMA FERREIRA DANTAS

INACIA FERREIRA
DANTAS

PERGUNTA
400
CAB. HAB.
AB

APRESENTAÇÃO
02399567347
VALIDADE
23/03/2021
EXPIRAÇÃO
28/06/2002

OBSERVAÇÕES
sem observações

Assinatura do Portador
RODRIGO LIMA FERREIRA DANTAS

LOCAL
PAULISTA - PE
DATA EMISSÃO
28/03/2016

Assinatura do Oficial
MILTON
DATA EMISSÃO
22071727689

PROIBIDO PLASTIFICAR
1222242405

DEPARTAMENTO DE SISTEMAS
DEVE
CONCEPÇÃO
CONSTRUÇÃO
IMPLEMENTAÇÃO
Gestão
Supervisão
Avaliação
Desenvolvimento

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 Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica no dorso do pé esquerdo com retração cicatricial, edema residual, **médico pericial:** 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, NILDITE 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 AMBULÂNCIA DO SAMU

e levado ao Hospital TARCISIO Burity ORTOPRUMA 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 à inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Lider entendia 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 que declarado e estou ciente que qualquer informação ou declaração falsa prestada poderá incorrer nas penas conforme o Art. 299 do Código Penal Pátrio.

24 OUT 2016

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 16/10/2016

Nildite Gomes da Silva

Declarante

PROCURAÇÃO PARTICULAR



BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: NILDETE GOMES DA SILVA

Nacionalidade: BRAZILIANA Est. Civil: SOLTEIRO

Profissão: AGRICULTORA

Identidade: 880.788 CPF: 380.028.41468

Endereço: SITIO GUACHANDUBA S/N. ÁREA RURAL.
CONDE, 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, N° 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.

Condé 26/08/2016
Local e data

Assinatura do Beneficiário/Vitima
(Reconhecer firma por autenticidade)

