
Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200284315

Vítima: SIMONE FABIANA NEVES SANTOS BEZERRA

Data do Acidente: 09/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SIMONE FABIANA NEVES SANTOS BEZERRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200284315

Vítima: SIMONE FABIANA NEVES SANTOS BEZERRA

Data do Acidente: 09/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SIMONE FABIANA NEVES SANTOS BEZERRA

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\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: SIMONE FABIANA NEVES SANTOS BEZERRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001038

Conta: 000985151719-0

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



Rio de Janeiro, 08 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200284315

Vítima: SIMONE FABIANA NEVES SANTOS BEZERRA

Data do Acidente: 09/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SIMONE FABIANA NEVES SANTOS BEZERRA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 08/09/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200284315

Vítima: SIMONE FABIANA NEVES SANTOS BEZERRA

Data do Acidente: 09/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SIMONE FABIANA NEVES SANTOS BEZERRA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 21/09/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

7 - Nº do sinistro ou ASL: 8 - CPF da vítima: 864.568.904-47 4 - Nome completo da vítima: SIMONE FABIANA NEVES SANTOS BEZERRA

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

5 - Nome completo: SIMONE FABIANA NEVES SANTOS BEZERRA 6 - CPF: 864.568.904-47
7 - Profissão: REC. INFORMAR 8 - Endereço: AV. PE ZUZINHA AP1 9 - Número: 199 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.192-000
15 - E-mail: 16 - Telefone: 1819.9461-3907

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:

☒ R: CUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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. Anotar a numeração)

☐ Bradesco (237) ☐ Itulí (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1038 CONTA: 985151719 0 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 cando, desde já e somente após a elevação 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 (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por inviável permanecer, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do Laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Estado civil do cônjuge da vítima:

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

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

34

Assinatura da testemunha

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 06/04/2020.

x Simone Fabiana Neves S. Bezerra

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -
DP128CIRC DINTER/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0218001211

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/07/2020 às 10:27

ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 9/5/2020 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 01, NA ESTRADA PROXIMO A CAMARA - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SIMONE FABIANA NEVES SANTOS BEZERRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **SIMONE FABIANA NEVES SANTOS BEZERRA**

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

SIMONE FABIANA NEVES SANTOS BEZERRA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DO SOCORRO PEREIRA NEVES DOS SANTOS** Pai: **SEVERINO FERREIRA DOS SANTOS** Data de Nascimento: **4/12/1976**
Naturalidade: **SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 195, AVENIDA PADRE ZUZINHA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SIMONE FABIANA NEVES SANTOS BEZERRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SIMONE FABIANA NEVES SANTOS BEZERRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDC2238** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2J04320ER541100**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014**

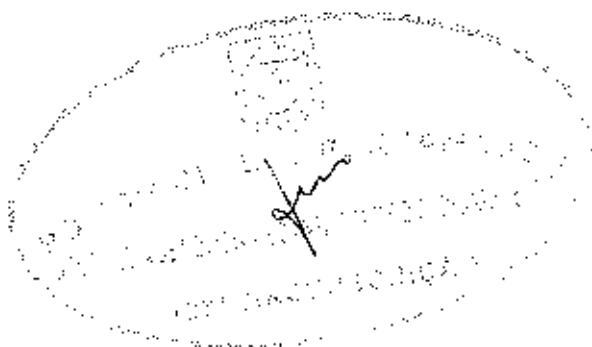
Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE ESTAVA TRANSITANDO NA ESTRADA QUANDO SENTIU-SE MAL E PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU NO CHÃO. FOI SOCORRIDA POR POPULARES QUE A LEVARAM PARA O HOSPITAL MUNICIPAL E DE LÁ FOI TRANSFERIDA PARA CAMPINA GRANDE. A VITIMA ESTÁ REGISTRANDO O BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA RECEBIMENTO DO DPVAT. NADA MAIS TENDO A EXPR.

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

Simone Fabiana Neves Santos Bezerra
SIMONE FABIANA NEVES SANTOS BEZERRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **valquiria da silva neves** - Matrícula: **3998711**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

7 - Nº do sinistro ou ASL: 8 - CPF da vítima: 864.568.904-47 4 - Nome completo da vítima: SIMONE FABIANA NEVES SANTOS BEZERRA

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

5 - Nome completo: SIMONE FABIANA NEVES SANTOS BEZERRA 6 - CPF: 864.568.904-47
7 - Profissão: REC. INFORMAR 8 - Endereço: AV. PE ZUZINHA AP1 9 - Número: 199 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.192-000
15 - E-mail: 16 - Telefone: 1819.9461-3907

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:

☒ R: CUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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. Anotar a numeração)

☐ Bradesco (237) ☐ Itulí (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1038 CONTA: 985151719 0 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 cando, desde já e somente após a elevação 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 (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por inviável permanecer, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do Laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Estado civil do cônjuge da vítima:

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

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

34

Assinatura da testemunha

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 06/04/2020.

x Simone Fabiana Neves S. Bezerra

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SIMONE FABIANA NEVES SANTOS BEZERRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01038

CONTA: 000985151719-0

Nr. da Autenticação C2C5A656E7263124



Título: Relatório de Pesquisa Econômica sobre o Setor de Energia
Data: 10/08/2019
Autor: Maria Tereza de Almeida
Assunto: Análise de Mercado de Energia Elétrica no Brasil
Instituição: CELPE - Centro de Estudos e Pesquisas em Economia

Dados do Estudo: **Estudo de Caso: Mercado de Energia Elétrica**
Localização: **Região Sudeste do Brasil**

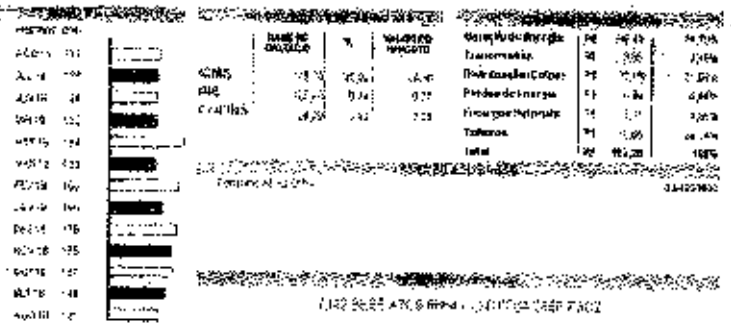
Objetivo: **Análise de Mercado de Energia Elétrica**
Metodologia: **Análise de Mercado de Energia Elétrica**

Resumo: **Análise de Mercado de Energia Elétrica**

Resumo: **Análise de Mercado de Energia Elétrica**

Descrição	Quantidade	Preço (R\$)	Valor (R\$)
Consumo residencial	10.000.000	0,75	7.500.000
Consumo comercial	5.000.000	1,20	6.000.000
Consumo industrial	3.000.000	2,50	7.500.000
Consumo público	2.000.000	1,50	3.000.000
Consumo total	20.000.000		24.000.000

Item	Descrição	Valor (R\$)
1	Consumo residencial	7.500.000
2	Consumo comercial	6.000.000
3	Consumo industrial	7.500.000
4	Consumo público	3.000.000
5	Consumo total	24.000.000



Observações: **Análise de Mercado de Energia Elétrica**

Atenção: **Análise de Mercado de Energia Elétrica**

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1430060421

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA PÚBLICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JACAG DE BARROS, 111 BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP: 50050-502
CNPJ: 16.678.927/0001-68
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005543-93



Tarifa Especial de Energia Elétrica - Lei 16.458, de 28/04/02
COMERCIAL 118 | PRONTIÇÃO 118
Atendimento ao cliente audiotivo ou de fax: 0800 281 0142
Ouvidoria: 0800 382 5459
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Regulados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-
Ligação Grátis de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 167-
Ligação Grátis de telefones fixos e telefonia
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE! ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES	DATA DE VENCIMENTO 14/04/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 06/04/2020	CONTA CONTRATO 7008475460
ENDEREÇO RUA ROSEMIRO ALVES ROCHA 3 -CENTRO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIUL -55192-305 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 29,31	DATA DA APRESENTAÇÃO 06/04/2020	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
NÚMERO DA NOTA FISCAL 103179059			

PERÍODO CONSUMO 05/03/2020 a 06/04/2020	CONSUMO 36
---	----------------------

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota >5,00 valor do imposto R\$ 7,17

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO
------------------------------	---------------------------

Destaque aqui.

CONTA CONTRATO 7008475460	MÊS/ANO 04/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 29,31	VENCIMENTO 14/04/2020	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
-------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---

838300000004 793100110072 008475460109 144919190039



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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 COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/96.

Pelo exposto, eu ADRIANA M. M. DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do beneficiário SIMONE FABIANA NEVES SANTOS BEZERRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 864.568.904 / 97, do sinistro de DPVAT cobertura INVALÍDEZ da vítima SIMONE FABIANA NEVES SANTOS BEZERRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 864.568.904 / 97, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço RUA ROSEMIRO ALVES DA ROCHA		Número 03	Complemento CASA
Bairro CENTRO	Cidade SANTA CRUZ DO CAPIBARIIBE	Estado PE	CEP 55.192-305
E-mail _____		Telefone comercial (DDD) 18119.9161-3907	Telefone celular (DDD) 18119.9700-1998

SANTA CRUZ DO 06 de JULHO de 2020
CAPIBARIIBE Local e Data

Adriana M. M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO

DECLARO para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr(a). **SIMONE FABIANA NEVES SANTOS BEZERRA**, nascido em 01/12/1975, esteve nesta unidade hospitalar no dia **09/05/2020**, por volta das **20h38min**, para atendimento médico de urgência, para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do (a) mesmo (a).

Santa Cruz do Capibaribe/PE, 01 de julho de 2020.


Flavio do Nascimento Silva
Diretor Administrativo - HMRFA
Matr 514834
FLAVIO DO NASCIMENTO SILVA
Diretor Administrativo - HMRFA

FICHA DO PACIENTE

SUS: _____ Data: 09/05/2020 Hora: 20:35

Nº do Prontuário: _____ RECEPCIONISTA: [assinatura]

Nome: Simone Fabiana Nunes Santos Bezerra

Sexo: F ☒ M ☐ Nascimento: 09/12/1975 Idade: _____

Naturalidade: _____ Fone: (81)

Endereço: Rua Eda Augusta - nº 69

Bairro: São Romão - Brejo CEP: _____

Pai: Sérgio Ferreira dos Santos

Mãe: Maria do Socorro Ferreira Nunes dos Santos

PA: 130x90 T: _____ FC: _____ FR: _____ SATO₂: _____ HGT: _____

Histórico do Paciente: Doença pulmonar em NF-E

em tratamento

Exame Físico: PCT IR glicose gta. acetato (neg.)

cardíaco

Agg. elástico

Hipótese Diagnóstica: _____

Conduta: Verificar o al. exp.

Saturar Kx do pulmão (E)

20.50

25

25

25

Encaminhamento: do médico

Condições de alta: _____

COPIA AUTORIZADA

José Landson Ferreira da Silva
COREN-PE 1491621-TE

José Santana Jr.
Médico
CRM-PE 28126

José Santana Jr.
Médico
CRM-PE 28126

ALA CIRÚRGICA

ENF: 7 LEITO: 3

NOME :SIMONE FABIANA

SANTOS BEZERRA

MAE:MARIADO SOCORRO

PEREIRA NEVES DOS

SANTOS

ADMISSÃO: 10/05/2020

ESPEC:ORTOPEDIA



PARAIBA
Governo do Estado



PARAIBA
Governo do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: SIMONE FABIANA NEVES SANTOS BEZERRA

Data da Internação: 10/05/2020

Data da Alta: 14/05/2020

Registro: 2152836

Tempo de Permanência: 18393

Diagnóstico Inicial: FRATURA DO UMERÓ PROXIMAL ESQ.

Diagnóstico Final:

Data: 12/05/2020

Equipe:

Cirurgião: DR ANDREY

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesiista:

Medicamentos:

Infecção EO: NAO

Coleta de Material: NAO

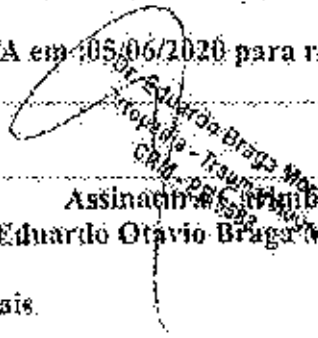
Orientações: CURATIVO DIÁRIO NA FERIDA E TIPOIA BRAÇO ESQ.

Medicações para Casa: AINE E ATB V.O

Retorno ao Ambulatório de: AGENDAR NA ALTA em 05/06/2020 para retirada de pontos

Condições de Alta: Melhorado

Data: 14/05/2020

Assinatura: 
Eduardo Otávio Braga Moraes

RESPONSÁVEL: Eduardo Otávio Braga Moraes



PARAÍBA
Estado do Estado



Gravado
PARAÍBA
Campina Grande

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr(a) **SIMONE FABIANA NEVES SANTOS BEZERRA** portador(a) da Identidade RG: portador(a) da patologia CID-10 S-42-0. Esteve interno (a) neste Hospital no período de 10/05/2020 a 14/05/2020, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades por um período de 60 **SESSENTA** dias, a partir desta data.

CAMPINA GRANDE - PB 14/05/2020

Eduardo Braga Morais
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PB 4380

Médico: Eduardo Braga Morais

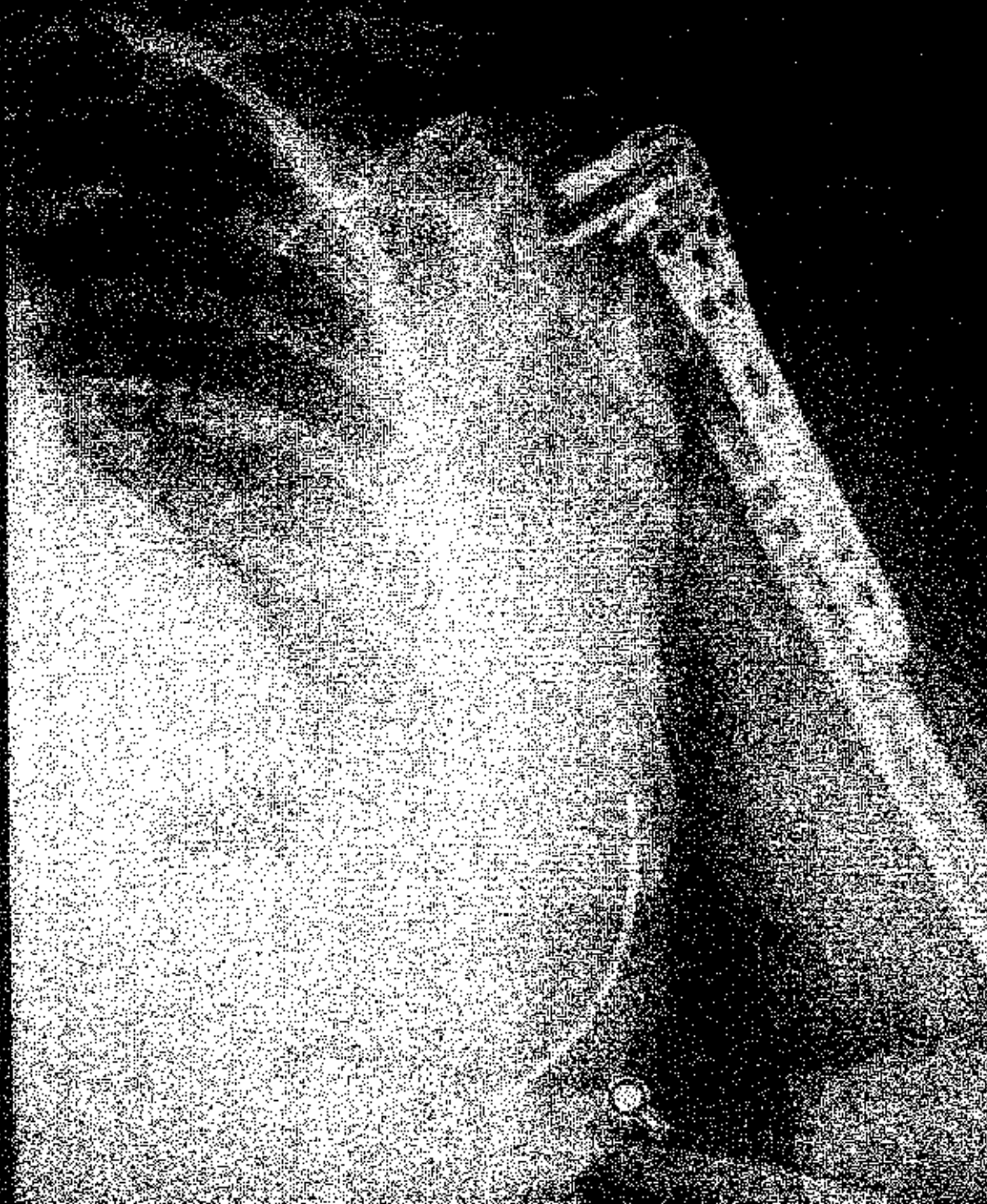
AUTORIZAÇÃO

Eu **SIMONE FABIANA NEVES SANTOS BEZERRA**, autorizo o (a) Dr.(a) **Eduardo Otavio Braga Morais**, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado legal.

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

U.S. AIR FORCE

ESQ



VALEDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1421884961

NOME: **ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

RG: **4510384 SSP PE**

CPF: **949.854.844-74** DATA NASCIMENTO: **26/07/1978**

FL. 0040

JOSE DOMES DE MOURA

LEONARTE FERNANDA DE NO
GUA

CPF: **949.854.844-74** DATA NASCIMENTO: **26/07/1978**

CPF: **949.854.844-74** DATA NASCIMENTO: **26/07/1978**

CPF: **949.854.844-74** DATA NASCIMENTO: **26/07/1978**

DESCRIÇÃO:

Adriana M. Moura de A. Fernandes

LOCAL: **EUROBOL PE** DATA EMISSÃO: **10/04/2017**

Adriana M. Moura de A. Fernandes

PERNAMBUCO

PRIMIDO PLASTIFICAR
1421884961

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200284315 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SIMONE FABIANA NEVES SANTOS BEZERRA **Data do acidente:** 09/05/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MEDICA (P1/2/3/4/5)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 EM GRAU LEVE DO OMBRO
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 ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME- SIMONE FABIANA NEVES SANTOS BEZERRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 4.531.779 SDS/PE e CPF-864.568.904-97
DATA DO ACIDENTE: 09/05/2020
COBERTURA : INVALIDEZ
VÍTIMA: - SIMONE FABIANA NEVES SANTOS BEZERRA
ENDEREÇO: AV- Pe. ZUZINHA ,199/ AP-1, CENTRO , SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -PE.

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE CPF : 945.234.444-04
ENDEREÇO: RUA: ROSEMIRO ALVES DA ROCHA , Nº 03 CENTRO – SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SURUBIM (PE), 25 DE JUNHO DE 2020.

X *Simone Fabiana Neves Santos Bezerra*

ASSINATURA DO OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0223027/20

Número do Sinistro: 3200284315

Vítima: SIMONE FABIANA NEVES SANTOS BEZER

CPF: 864.568.904-97

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/05/2020

Titular do CPF: SIMONE FABIANA NEVES SANTOS BEZERRA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 01/09/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/09/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200284315 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SIMONE FABIANA NEVES SANTOS BEZERRA **Data do acidente:** 09/05/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA MEDICA (P1/2/3/4/5)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 EM GRAU MODERADO DO OMBRO
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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50