

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA M. MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE CARLOS DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.969.664 / 52, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE CARLOS DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.969.664 / 52, 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 <u>RUA JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) <u>81-99700-1998</u>	Telefone celular (DDD) <u>81-98234-4433</u>

SURUBIM, 10 de DEZEMBRO de 2019
Local e Data

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA M. MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE CARLOS DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.969.664 / 52, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE CARLOS DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.969.664 / 52, 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 <u>RUA JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) <u>81-99700-1998</u>	Telefone celular (DDD) <u>81-98234-4433</u>

SURUBIM, 10 de DEZEMBRO de 2019
Local e Data

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



Prefeitura Municipal de Surubim



**SAMU
192**

**PREFEITURA DE
SURUBIM**
Compromisso de cuidar das pessoas
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ofício nº 82/2019

Surubim, 06 de Dezembro de 2019.

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins que o paciente, **José carlos da silva** DN: 08/12/1985, portador do RG nº. **6.984.714 SDS-PE**, consta em nossos registros que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)** deste município, no dia **24/11/2019 às 18:07 h**, vítima de acidente moto x carro. O paciente recebeu os cuidados imediatos no local apresentando corte-contuso profundo em joelho D + escoriações pelo corpo, posteriormente foi encaminhado para UPA- Surubim - PE com o código ID:S-712536.

José Wagner Barbosa de Lima
Coordenador SAMU SURUBIM
MAT.10103
CORE/PE 399794 - ENF

PROTOCOLO RECEBIMENTO

RECEBI EM: ____/____/____

Recebedor

DOC: _____

MATERIAL



- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. **José Carlos da Silva**, nascido no 06/12/1985, filho da Sra. **Maria Lúcia da Silva**, residente no sítio Gancho do Galo, zona rural desta Cidade. Solicitou no dia 25/11/2019 cópia do seu prontuário devido acidente (colisão moto x carro). Atendido nesta **Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Dr. Gentil Augusto de Miranda** em Surubim - PE, no dia 24/11/2019, pelo médico plantonista **Dr. Mário Júnior. CRM -23472.**

Surubim, 28 de novembro de 2019.

UPA - DR. GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA
Av. Marilda de Arruda Guerra - Coqueiro
Surubim - PE
CNPJ: 08.937.139/0001-78



Ionara Soares de Andrade Silva
SAME

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Cor/Raça: PARDO

Nº OCORRÊNCIA: 00100262

Portuário: 54799

CNS: 162501404500008

Idade: 33 Anos 11 Meses 18 Dias

Sexo: MASCULINO

Nome: JOSÉ CARLOS DA SILVA

Nascimento: 06/12/1985

Est.Civil: SOLTEIRO(A)

End.: GANCHO DO GALO

Nº:

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 55750000

Cidade: MURUBIM

Nac.: BRASILEIRA

Doc nº:

Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA

Pai:

Profissão:

Responsável:

Tei.:

Últimas Ocorrências:

Data: Hora: Nº Ocorrência: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

24/11/2019 18:26 100262 ACIDENTE

RE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

Paciente vítima de
acidente automobilístico
colisão moto - carro
apresenta lesão extensa
na região direita
e nariz 15

TRATAMENTO:

- sutura de lesão 19:20
- Curativos 1º 2º 19:20
- Diferença 2º 19:20
Dr. Mário Junior
Clínico Geral
CRM-PI 23472
Bruno

EXAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

ÓBITO:

às _____ h _____ m do dia _____

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

DATA: 24/11/2019 18:26:41

☐ CURATIVO
☐ NEBULIZAÇÃO

☐ BÁSICO ☐ ESP
☐ RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA
☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM

HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIDA PAULA





**SAMU
192**

**PREFEITURA DE
SURUBIM**
Compromisso de cuidar das pessoas
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ofício nº 82/2019

Surubim, 06 de Dezembro de 2019.

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins que o paciente, **José Carlos da Silva** DN: 08/12/1985, portador do RG nº. 6.984.714 SDS-PE, consta em nossos registros que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)** deste município, no dia **24/11/2019 às 18:07 h**, vítima de acidente moto x carro. O paciente recebeu os cuidados imediatos no local apresentando corte-contuso profundo em joelho D + escoriações pelo corpo, posteriormente foi encaminhado para UPA- Surubim - PE com o código ID:S-712536.

José Wagner Barbosa de Lima
Coordenador SAMU SURUBIM
MAT.10103
CORE/PE 399794 - ENF

PROTOCOLO RECEBIMENTO

RECEBI EM: ____/____/____

Recebedor

DOC: _____

The diagram illustrates the human body from both front and back perspectives. A vertical line is drawn through the center of the body, representing the axis of symmetry and the center of gravity. The front view shows the head, torso, and limbs. The back view shows the spine and the distribution of mass. The vertical line passes through the head, neck, and pelvis, indicating the central axis of the body.

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
Dr. Gentil Augusto de Miranda

PREFEITURA DE

SURUBIM



- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. José Carlos da Silva, nascido no 06/12/1985, filho da Sra. **Maria Lúcia da Silva**, residente no sítio Gancho do Galo, zona rural desta Cidade. Solicitou no dia 25/11/2019 cópia do seu prontuário devido acidente (colisão moto x carro). Atendido nesta Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Dr. **Gentil Augusto de Miranda** em Surubim - PE, no dia 24/11/2019, pelo médico plantonista Dr. **Mário Júnior**. CRM -23472.

Surubim, 28 de novembro de 2019.

UPA - DR. GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA

Av. Marilda de Arruda Guerra - Coqueiro

Surubim - PE

CNPJ: 08.937.139/0001-78


Ionara Soares de Andrade Silva
SAME

Prefeitura Municipal de Surubim -

Unidade de Pronto Atendimento - UPA / CNPJ: 08.937.139/0001-78

Avenida Marilda Arruda Guerra, S/N - Coqueiro - Surubim/PE - Fone /Fax: (81) 3634-1675

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Cor/Raça: PARDO

Nº OCORRÊNCIA:

00100262

Portuário: 54799

CNS: 162501404500008

Idade: 33 Anos 11 Meses 18 Dias

Sexo: MASCULINO

Nome: JOSÉ CARLOS DA SILVA

Nascimento: 06/12/1985

Est.Civil: SOLTEIRO(A)

End.: GANCHO DO GALO

Nº:

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 55750000

Idade: SURUBIM

Nac.: BRASILEIRA

Doc nº:

Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA

Pai:

Tel.:

Profissão:

Responsável:

Últimas Ocorrências:

Data: Hora: Nº Ocorrência: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

24/11/2019 18:26 100262 ACIDENTE

RE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

Paciente vítima de
acidente automobilístico
colisão traseira - carro
apresenta lesão extensa
na região da nuca
e ombro direito

TRATAMENTO:

- SUTURA na nuca 19:20
- Curativos 1º, 2º e 3º 19:20
- Dipirona 2x 19:20
Dr. Mário Junior
Clínico Geral
CRM-PB 23472
Bruna

EXAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

ÓBITO:

às _____ h _____ m do dia _____

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

DATA: 24/11/2019 18:26:41

☐ CURATIVO ☐ BÁSICO ☐ ESP

☐ NEBULIZAÇÃO ☐ RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA

☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM

HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIA PAULA

ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:52:07

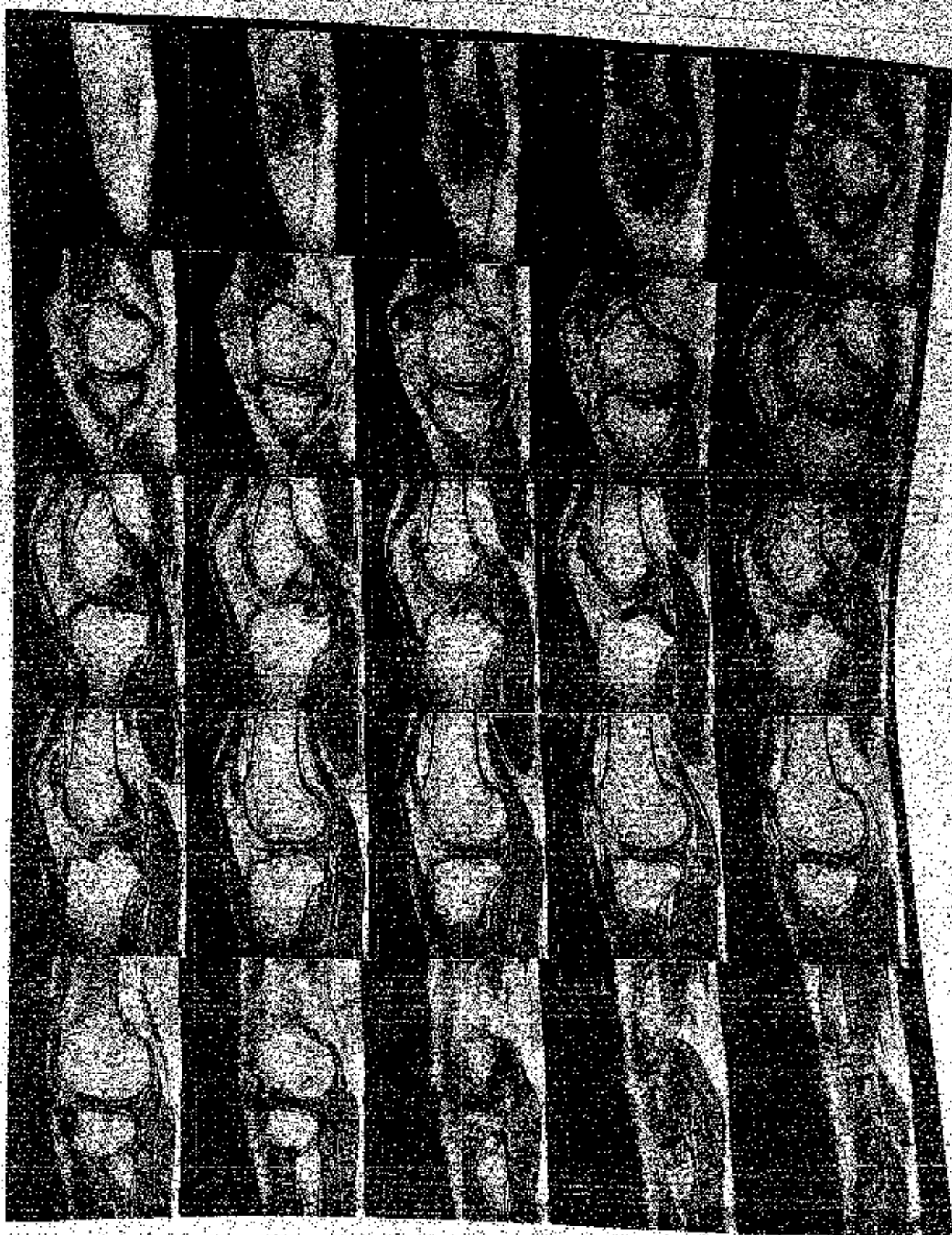
ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:52:07

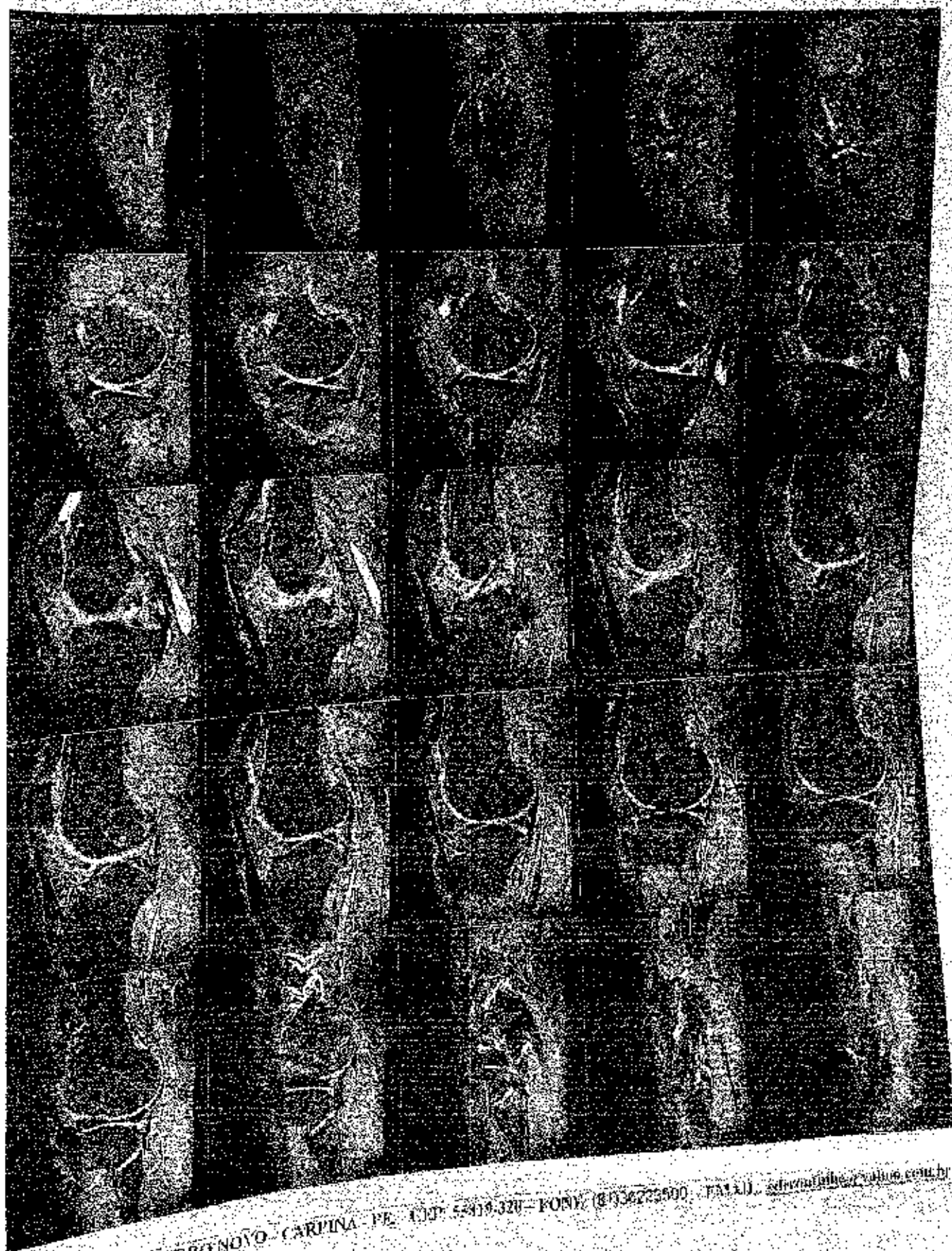
ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:52:07

CLÍNICA DIOCLECIO COUTINHO



BR. 408 - KM 50 - BAIRRO NOVO - CAMPINA - PE - CEP: 55.819-020 - FONE: (81) 3622.3500 - E-MAIL: clincacoutinho@yahoo.com.br

CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO



30-408 - KM 50 - FAIRRO NOVO - CARPINA - PE - CEP: 55419-320 - FONE: (81) 36223500 - FAX: (81) 36223500 - clm@clm.com.br

CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO



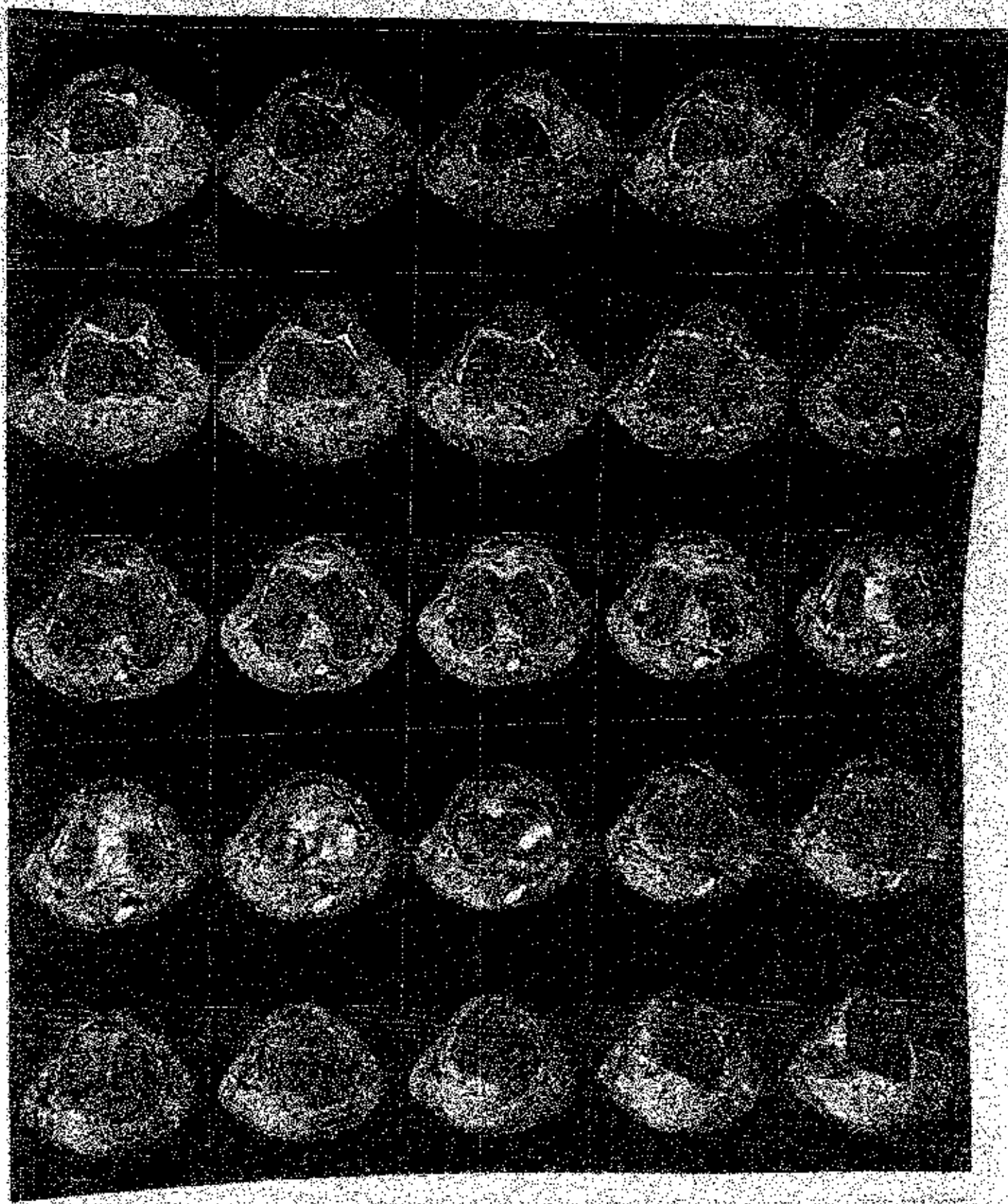
BR-408 - KM 59 - BAIRRO NOVO - CARPINA - PE - FONE (88) 3210-320 - FAX (88) 3210-3500 - E-MAIL: clincadioclecio@bol.com.br

CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO



BR-408 - KM 50 - BAURERLAND - PARRINÁ - PI - CEP: 55819-320 - FONE: (81) 36223500 - FAX: (81) 36223500 - cdicoutinho@vnet.com.br

CLINICA DIOCLÉCIO COUTINHO



DR. DIOCLÉCIO COUTINHO - FONE: (11) 3041-1111 - FAX: (11) 3041-1111 - E-MAIL: dioclacio@clinet.com.br

Prontuário: 01899163

Pedido: 330217

Paciente: JOSE CARLOS DA SILVA

Médico Solicitante: Dr.(a) ANA CAROLINE LOPES

Data do Atendimento: 31/08/2020

Convênio: SUS

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

Dados clínicos: Investigação de dor após acidente motociclístico há 8 meses.

Técnicas de Exame:

A- Plano sagital, sequência T1

B- Planos axial e sagital, sequência T2, com supressão de gordura

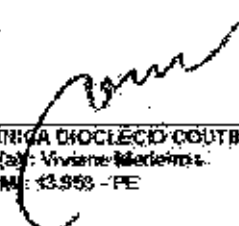
C- Planos coronal e sagital, sequência DP, com supressão de gordura

Os seguintes aspectos foram observados:

- Redução do espaço fêmoro-tibial medial, associado a afilamento da superfície condral e osteófitos incipientes nas eminências intercondilíneas.
- Traço de hipersinal com orientação vertical no corpo do menisco medial, que atinge as superfícies meniscais, indicando ruptura.
- Discreto hipersinal intra-substancial no corno anterior do menisco lateral, que não ultrapassa as superfícies meniscais nem o bordo livre, indicando alterações degenerativas.
- Indefinição da inserção proximal do ligamento cruzado posterior, associado a hipersinal nas partes moles da fenda articular, sugerindo ruptura ligamentar completa e aguda.
- Também observamos espessamento e hipersinal na inserção proximal do ligamento colateral medial, com preservação da integridade de suas fibras, sugerindo injúria parcial / estiramento.
- O ligamento cruzado anterior, bem como o colateral lateral encontram-se íntegros.
- O tendão do quadríceps e o ligamento patelar apresentam aspecto preservado.
- A patela ocupa posição alta em relação a fossa troclear. Observa-se afilamento, irregularidade de contornos e discreta alteração de sinal na cartilagem que reveste a faceta medial da patela, sugerindo condropatia leve.
- Pequena quantidade de líquido coletado na bursa suprapatear.
- Não há evidência de lesões ósseas agressivas.

- Grupos musculares da face posterior do joelho com trofismo habitual para a faixa etária.

Evidenciamos entre a cabeça medial do gastrocnêmio e o tendão do semimembranoso coleção líquida alongada, com finas septações parciais, apresentando diâmetro oblíquo máximo, medindo 6,2 cm, relacionada a cisto poplíteo.


CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO
Dr. (a): Viviane Marcolino
CRM: 13.958 - PE

Prefeitura Municipal de Surubim



**SAMU
192**

**PREFEITURA DE
SURUBIM**
Compromisso de cuidar das pessoas
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ofício nº 82/2019

Surubim, 06 de Dezembro de 2019.

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins que o paciente, **José Carlos da Silva**
DN: 08/12/1985, portador do RG nº. 6.984.714 SDS-PE, consta em
nossos registros que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo **Serviço de
Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)** deste município, no dia
24/11/2019 às 18:07 h, vítima de acidente moto x carro. O paciente
recebeu os cuidados imediatos no local apresentando corte-contuso
profundo em joelho D + escoriações pelo corpo, posteriormente foi
encaminhado para UPA- Surubim - PE com o código ID:S-712536.

José Wagner Barbosa de Lima
Coordenador SAMU SURUBIM
MAT.10103
CORE/PE 399794 - ENF

PROTOCOLO RECEBIMENTO

RECEBI EM: ____/____/____

Recebedor

DOC: _____

The diagram illustrates the human body from both front and back perspectives. A vertical line is drawn through the center of the body, representing the axis of symmetry and the center of gravity. The front view shows the head, torso, and limbs. The back view shows the spine and the distribution of mass. The vertical line passes through the head, neck, shoulders, hips, and feet, indicating the central axis of the body.

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
Dr. Gentil Augusto de Miranda

PREFEITURA DE

SURUBIM



- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. José Carlos da Silva, nascido no 06/12/1985, filho da Sra. **Maria Lúcia da Silva**, residente no sítio Gancho do Galo, zona rural desta Cidade. Solicitou no dia 25/11/2019 cópia do seu prontuário devido acidente (colisão moto x carro). Atendido nesta Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Dr. **Gentil Augusto de Miranda** em Surubim - PE, no dia 24/11/2019, pelo médico plantonista Dr. **Mário Júnior**. CRM -23472.

Surubim, 28 de novembro de 2019.

UPA - DR. GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA

Av. Marilda de Arruda Guerra - Coqueiro

Surubim - PE

CNPJ: 08.937.139/0001-78


Ionara Soares de Andrade Silva
SAME

Prefeitura Municipal de Surubim -

Unidade de Pronto Atendimento - UPA / CNPJ: 08.937.139/0001-78

Avenida Marilda Arruda Guerra, S/N - Coqueiro - Surubim/PE - Fone /Fax: (81) 3634-1675

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Cor/Raça: PARDO

Nº OCORRÊNCIA: 00100262

Identificador: 54799

CNS: 162501404500008

Idade: 33 Anos 11 Meses 18 Dias

Sexo: MASCULINO

Nome: JOSÉ CARLOS DA SILVA

Nascimento: 06/12/1985

Est.Civil: SOLTEIRO(A)

End.: GANCHO DO GALO

Nº:

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 55750000

Cidade: SURUBIM

Nac.: BRASILEIRA

Doc nº:

Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA

Pai:

Tel.:

Profissão:

Responsável:

Últimas Ocorrências:

Data: Hora: Nº Ocorrência: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

24/11/2019 18:26 100262 ACIDENTE

RE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

Paciente vítima de
acidente automobilístico
colisão frontal - carro
apresenta lesão extensa
na cabeça e no tórax
e membros inferiores.

TRATAMENTO:

- Sutura de Lado 19:20
- Curativos 1º 2º 3º 19:20
- Dipirona 20mg 19:20
Dr. Mário Junior
Clínico Geral
CRM-PB 23472
Bruna

EXAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

ÓBITO:

às _____ h _____ m do dia _____

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

DATA: 24/11/2019 18:26:41

☐ CURATIVO ☐ BÁSICO ☐ ESP

☐ NEBULIZAÇÃO ☐ RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA

☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM

HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIA PAULA

ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:52:07

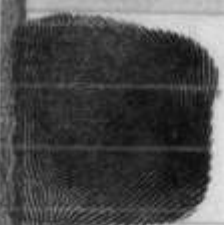
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE REGISTRO E IDENTIFICACAO CIVIL

1997.05





Jose Carlos da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FISICAS

Número de Inscrição

017.969.664-52

Nome

JOSE CARLOS DA SILVA

Nascimento

06-12-1985



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

6.984.714

DATA DE EXPIRACAO

04/10/2008

NOME << JOSE CARLOS DA SILVA >>

FILIAÇÃO << JOSE CIPRIANO DA SILVA FILHO >>

<< MARIA LUCIA DA SILVA >>

NATURALIDADE

SURUBIM - PE

DATA DE NASCIMENTO

06/12/1985

DOIS QUOTAS

<< CN. 18848 L.14A F.224V CART. VERTENTE DO LERIO-PE 03.06.1988 >>

Jose Carlos da Silva

ASSINATURA DO DIRETOR DA REGISTRO

LEI Nº 118 DE 20/06/83

F-71 00.768



ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:52:22

ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:52:22



ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:52:22

ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:52:22

ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:53:01

ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:53:01

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO DE IDENTIDADE NACIONAL

PE

NOME
ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIDADE FORA DO BRASIL
4810389 SSP PE

CPF
945.234.444-04

DATA NASCIMENTO
26/07/1974

PLACAO
JOSE GOMES DE MOURA

ISMANTE FERREIRA DE MOURA

PERMISSÃO
ENTRADA

ACC
ENTRADA

CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
02378605879

VALIDADE
03/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
17/06/2002

RESERVAÇÃO

Adriana M. Moura de A. Fernandes

SIGNATURA DO TITULAR

LOCAL
SUAZIM - PE

DATA EMISSÃO
10/04/2017

CH/ Carlos Anderson Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

53244755000
98078645272

PERNAMBUCO

ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:53:01

ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:53:01

ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:53:01

ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:53:01

ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:53:01

ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:53:01

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO DE IDENTIDADE NACIONAL

PE

NOME
ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIDADE FORA DO BRASIL
4810389 SSP PE

CPF
945.234.444-04

DATA NASCIMENTO
26/07/1974

PLACAO
JOSE GOMES DE MOURA

ISMANTE FERREIRA DE MOURA

PERMISSÃO
ENTRADA

ACC
ENTRADA

CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
02378605879

VALIDADE
03/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
17/06/2002

RESERVAÇÃO

Adriana M. Moura de A. Fernandes

SIGNATURA DO TITULAR

LOCAL
SUAZIM - PE

DATA EMISSÃO
10/04/2017

CH/ Carlos Anderson Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

53244755000
98078645272

PERNAMBUCO

ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:53:01

ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:53:01

ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:53:01

ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:53:01



...Informações sobre o veículo

Placa: PDN-2313

Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA

Marca/ Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 149

Cor predominante: PRETA

Chassi: 9C2KC1680FR576992

Combustível: ALCO/GASOL

Ano fabricação/ Ano modelo: 2015

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações

...Informações sobre o veículo

Placa: PDN-2313

Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA

Marca/ Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 149

Cor predominante: PRETA

Chassi: 9C2KC1680FR576992

Combustível: ALCO/GASOL

Ano fabricação/ Ano modelo: 2015

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações

...Informações sobre o veículo

Placa: PDN-2313

Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA

Marca/ Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 149

Cor predominante: PRETA

Chassi: 9C2KC1680FR576992

Combustível: ALCO/GASOL

Ano fabricação/ Ano modelo: 2015

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações

**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.

Número do Sinistro: 3200399424

Nome do(a) Examinado(a): JOSE CARLOS DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): VI DOS LUIZ, 160, , Surubim/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: Não Informado / 6984714

Data e local do acidente: 24/11/2019 - Surubim/PE

Data e local do exame: 19/11/2020 - Caruaru/PE

Coordenadas Geográficas: latitude: -8.27885 , longitude: -35.96984

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Contusão do joelho direito com ruptura do menisco medial e lateral e do ligamento cruzado posterior, lesão do ligamento colateral medial e condropatia patelar

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

tratamento conservador

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 80°, extensão aos 10°, presença de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no joelho direito.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Dano do joelho direito

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo 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" (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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Joelho Direito - Médio - 50%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



Andressa R. Madureira
CRM-19953

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0076367/20

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

CPF: 017.969.664-52

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 24/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE CARLOS DA SILVA : 017.969.664-52

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/03/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0102970/20

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

CPF: 017.969.664-52

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 24/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE CARLOS DA SILVA : 017.969.664-52

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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: 25/03/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/03/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: **3200131072**

Data da solicitação: **04/11/2020**
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: **JOSE CARLOS DA SILVA**

CPF do beneficiário: **017.969.664**

Nome do solicitante:

CPF do solicitante: **52**

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: **(81) 997001998**

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, Informe quais documentos estão sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos

☐ Laudo de IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☒ Outros: **DOC MED. COMPLEMENTAR + DOC IMAGEM**
(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

SURUBIM, 04/11/2020
Local e Data

José Carlos da Silva
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no nosso ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

1) Não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVATPara mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8185 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: **3200399424**
Nome do beneficiário: **JOSE CARLOS DA SILVA**
Nome do solicitante: _____Data da solicitação: **14/12/2020**
03/MM/AA
CPF do beneficiário: **017.969.644**
CPF do solicitante: **52****DADOS PARA CONTATO**Tel. Celular: (**81**) **99700.1998** Tel. Comercial: ()
DDD DDDTel. Residencial: ()
DDD

E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO**☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS**ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?**☒ NÃO☐ SIM, informe qual(is)
documentos estão
sendo entregues:

- ☐ Novos documentos médicos
- ☐ Laudo do IMt
- ☐ Boletim de Ocorrência
- ☐ Notas fiscais complementares
- ☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Solicito que me reanalisado o meu processo pois
acordo me encontro com despesas grandes e foi
liberado um valor muito inferior ao que tenho
direito, me encontro com limitação em meu
trabalho.

CURUBIM, 14/12/2020

Local e Data

Jose Carlos da Silva

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200399424

Cidade: Surubim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente: 24/11/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: Contusão do joelho direito com ruptura do menisco medial e lateral e do ligamento cruzado posterior, lesão do ligamento colateral medial e condropatia patelar.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 80°, extensão aos 10°, presença de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no joelho direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador. Alta médica.

Sequelas permanentes: Debilidade funcional moderada do joelho direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/11/2020

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do joelho direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200399424

Cidade: Surubim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente: 24/11/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: Contusão do joelho direito com ruptura do menisco medial e lateral e do ligamento cruzado posterior, lesão do ligamento colateral medial e condropatia patelar.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 80°, extensão aos 10°, presença de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no joelho direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador. Alta médica.

Sequelas permanentes: Debilidade funcional moderada do joelho direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/11/2020

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do joelho direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200131072 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA **Data do acidente:** 24/11/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200399424 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA **Data do acidente:** 24/11/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁGINAS 06, 07, 08, 09, 11 E 12.

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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200399424 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA **Data do acidente:** 24/11/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁGINAS 06, 07, 08, 09, 11 E 12.
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 joelho	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200399424 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA **Data do acidente:** 24/11/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO, COM RUPTURA DO MENISCO MEDIAL E DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200399424 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA **Data do acidente:** 24/11/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO, COM RUPTURA DO MENISCO MEDIAL E DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200095738 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA **Data do acidente:** 24/11/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.
(P1,4,5)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200095738 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA **Data do acidente:** 24/11/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.
(P1,4,5)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200131072 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA **Data do acidente:** 24/11/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: JOSE CARLOS DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: REC. INFORMAR
IDENTIDADE: 6.984.714 SDS/PE – CPF: 017.969.664-52
DATA DO ACIDENTE: 24/11/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VITIMA: JOSE CARLOS DA SILVA
ENDEREÇO: VI DOS LUIZ, Nº 160, GANCHO DO GALO, SURUBIM – 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 JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-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**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA.



2º TABELIONATO DE NOTAS DE SURUBIM, PE
TITULAR: CRUZA MARIA SILVA DE LIMA
Telefone: (81) 36341-413

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma(n) de: JOSE CARLOS DA SILVA, Dn(a) de: Surubim, 10/12/2019 em Testemunho da verdade. Elizabete Lira de Andrade Cadena Substituta *VÁLIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE* Rua Sete de Setembro, nº 10 - Centro
Selo: 0073214.OIF11201901.02130 10/12/2019 09:36:02
Consulte autenticidade em www.tipe.br/autenticacao

CASINHAS- PE 06 DE DEZEMBRO 2019



Jose Carlos da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: JOSE CARLOS DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: REC. INFORMAR
IDENTIDADE: 6.984.714 SDS/PE – CPF: 017.969.664-52
DATA DO ACIDENTE: 24/11/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VITIMA: JOSE CARLOS DA SILVA
ENDEREÇO: VI DOS LUIZ, Nº 160, GANCHO DO GALO, SURUBIM – 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 JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-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**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO À HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA.

CASINHAS- PE 06 DE DEZEMBRO 2019

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

2º TABELIONATO DE NOTAS DE SURUBIM-PE

Titular: CRUZA MARIA SILVA DE LIMA

Telefone: (81) 36341-413

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma (n) de: JOSE CARLOS DA SILVA, Dono de Surubim, 10/12/2019. Em Testemunho da verdade. Elizabete Lira de Andrade Cadena Substituta VALIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE. Rua Sete de Setembro, nº 10 - Centro. Selo: 0073214.OFF1201901.02130 10/12/2019 09:36:02. Consulte autenticidade em: www.tpa.br/autenticidade

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0317133/20

Número do Sinistro: 3200399424

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

CPF: 017.969.664-52

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 24/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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: 14/12/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/12/2020

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0317133/20

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

CPF: 017.969.664-52

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 24/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE CARLOS DA SILVA : 017.969.664-52

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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: 06/11/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0076367/20

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

CPF: 017.969.664-52

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 24/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE CARLOS DA SILVA : 017.969.664-52

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/03/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0102970/20

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

CPF: 017.969.664-52

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 24/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE CARLOS DA SILVA : 017.969.664-52

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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: 25/03/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/03/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200095738

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

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, contatos 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, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200095738

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 24/11/2019, emitida pelo Dr. MARIO JUNIOR, CRM nº 23472 - PE, da Instituição FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 31 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200131072

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

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, contatos 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, 06 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200131072

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 24/11/2019, emitida pelo Dr. MARIO JUNIOR, CRM nº 23472 - PE, da Instituição UPA 24 DR.GENTIL AUGUSTO MIRANDA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200399424

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 02 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200399424

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

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 joelho 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: JOSE CARLOS DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000582-7

Conta: 0000031948-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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, 19 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200399424

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 18/01/2021, 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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

017.969.664-52 JOSE CARLOS DA SILVA

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

5 - Nome completo:

JOSE CARLOS DA SILVA

6 - CPF:

017.969.664-52

7 - Profissão:

REC. INF

8 - Endereço:

VI DOS LUIZ

9 - Número:

160

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

GANCHO DO GALO

12 - Cidade:

JURUBIM

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55750-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

82-99700-1998

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0582

7

CONTA:

31.948

1

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), 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 invalidez permanente, 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 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vivasces)?

☐ 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
dígito de
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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,

JURUBIM 10/12/2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 017.969.664-52 4 - Nome completo da vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSE CARLOS DA SILVA 6 - CPF: 017.969.664-52
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: VI DOS LUIZ 9 - Número: 160 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: GANCHO DO GALO 12 - Cidade: JURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 82-99700-1998

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 0582 7 CONTA: 31.948 1 (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), 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 invalidez permanente, 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 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascos)? ☐ 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

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, JURUBIM 10/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 017.969.664-52 4 - Nome completo da vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSE CARLOS DA SILVA 6 - CPF: 017.969.664-52
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: VI DOS LUIZ 9 - Número: 160 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: GANCHO DO GALO 12 - Cidade: JURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 82-99700-1998

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 0582 7 CONTA: 31.948 1 (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), 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 invalidez permanente, 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 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascos)? ☐ 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

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, JURUBIM 10/12/2019

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
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0206002901

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/12/2019** às **10:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/11/2019** às **17:40**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO LAGOA DO CHORO, PRÓXIMO A ENTRADA DE CHÃ DO MARINHEIRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE 90**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSÉ CARLOS DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS DA SILVA**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

JOSÉ CARLOS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA LUCIA DA SILVA** Pai: **JOSÉ CIPRIANO DA SILVA FILHO** Data de Nascimento: **8/12/1985** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6984714/SDS/PE (RG), 01796966452 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COSTUREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 81998611034**

Residencial: **SÍTIO GANCHO DO GALO, PRÓXIMO A ENTRADA DO JUCÁ FERRADO - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A ENTRADA DO JUCÁ FERRADO**

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

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

VEÍCULO 01 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **PDN2313** (PERNAMBUCO/SURUBIM) Chassi: **9C2KC1680FR576692**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

VEÍCULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/TOYOTA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DP O SR. JOSÉ CARLOS DA SILVA, NOTICIANDO QUE NO DIA 24/11/2019, POR VOLTA DAS 17:40 HORAS, DIRIGIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESDI, COR PRETA, ANO/MOD 2015/2015, PLACA PDN-2313, NO SENTIDO SURUBIM/VERTENTES, NA RODOVIA PE 90, SÍTIO LAGOA DO CHORO, ZONA RURAL DESTA MUNICIPIO, QUANDO O VEÍCULO LOTAÇÃO TOYOTA/BANDEIRANTE DE PLACA NÃO ANOTADA DIRIGIDA POR PESSOA DESCONHECIDA, FEZ UM CONVERSÃO ATRAVESSANDO A FRENTE DA MOTOCICLETA E O MESMO ACABOU COLIDINDO COM O VEÍCULO TOYOTA, QUE FOI EMBORA DO LOCAL ENQUANTO O MESMO LESIONADO NO JOELHO DIREITO, FOI SOCORRIDO PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO DO SAMU CÓDIGO ID: S-712536 E DECLARAÇÃO/BOLETIM DE EMERGENCIA Nº 00100262 DA UPA. DIANTE DO FATO REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.

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

JOSÉ CARLOS DA SILVA

(VITIMA)

José Carlos da Silva

B.O. registrado por: **JOSÉ ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **119534-4**

JR
JOSÉ ROBERTO DA SILVA
Comissário de Polícia
Mat.: 119.534-4





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0206002901

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/12/2019** às **10:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/11/2019** às **17:40**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO LAGOA DO CHORO, PRÓXIMO A ENTRADA DE CHÃ DO MARINHEIRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE 90**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSÉ CARLOS DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS DA SILVA**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

JOSÉ CARLOS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA LUCIA DA SILVA** Pai: **JOSÉ CIPRIANO DA SILVA FILHO** Data de Nascimento: **8/12/1985** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6984714/SDS/PE (RG), 01796966452 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COSTUREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 81998611034**

Residencial: **SÍTIO GANCHO DO GALO, PRÓXIMO A ENTRADA DO JUCÁ FERRADO - SURUBIM/PERNAMBUCO / BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A ENTRADA DO JUCÁ FERRADO**

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

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

VEÍCULO 01 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **PDN2313** (PERNAMBUCO/SURUBIM) Chassi: **9C2KC1680FR576692**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

VEÍCULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):

DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/TOYOTA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DP O SR. JOSÉ CARLOS DA SILVA, NOTICIANDO QUE NO DIA 24/11/2019, POR VOLTA DAS 17:40 HORAS, DIRIGIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESDI, COR PRETA, ANO/MOD 2015/2015, PLACA PDN-2313, NO SENTIDO SURUBIM/VERTENTES, NA RODOVIA PE 90, SÍTIO LAGOA DO CHORO, ZONA RURAL DESTA MUNICÍPIO, QUANDO O VEÍCULO LOTAÇÃO TOYOTA/BANDEIRANTE DE PLACA NÃO ANOTADA DIRIGIDA POR PESSOA DESCONHECIDA, FEZ UM CONVERSÃO ATRAVESSANDO A FRENTE DA MOTOCICLETA E O MESMO ACABOU COLIDINDO COM O VEÍCULO TOYOTA, QUE FOI EMBORA DO LOCAL ENQUANTO O MESMO LESIONADO NO JOELHO DIREITO, FOI SOCORRIDO PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO DO SAMU CÓDIGO ID: S-712536 E DECLARAÇÃO/BOLETIM DE EMERGENCIA Nº 00100262 DA UPA. DIANTE DO FATO REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.

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

JOSÉ CARLOS DA SILVA

(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSÉ ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **119534-4**

JOSÉ ROBERTO DA SILVA
Comissário de Polícia
Mat.: 119.534-4





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0206002901

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/12/2019** às **10:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/11/2019** às **17:40**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO LAGOA DO CHORO, PRÓXIMO A ENTRADA DE CHÃ DO MARINHEIRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE 90**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSÉ CARLOS DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS DA SILVA**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

JOSÉ CARLOS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA LUCIA DA SILVA** Pai: **JOSÉ CIPRIANO DA SILVA FILHO** Data de Nascimento: **8/12/1985** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6984714/SDS/PE (RG), 01796966452 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COSTUREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 81998611034**

Residencial: **SÍTIO GANCHO DO GALO, PRÓXIMO A ENTRADA DO JUCÁ FERRADO - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A ENTRADA DO JUCÁ FERRADO**

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

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

VEÍCULO 01 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **PDN2313** (PERNAMBUCO/SURUBIM) Chassi: **9C2KC1680FR576692**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

VEÍCULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):

DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/TOYOTA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DP O SR. JOSÉ CARLOS DA SILVA, NOTICIANDO QUE NO DIA 24/11/2019, POR VOLTA DAS 17:40 HORAS, DIRIGIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESDI, COR PRETA, ANO/MOD 2015/2015, PLACA PDN-2313, NO SENTIDO SURUBIM/VERTENTES, NA RODOVIA PE 90, SÍTIO LAGOA DO CHORO, ZONA RURAL DESTA MUNICÍPIO, QUANDO O VEÍCULO LOTAÇÃO TOYOTA/BANDEIRANTE DE PLACA NÃO ANOTADA DIRIGIDA POR PESSOA DESCONHECIDA, FEZ UM CONVERSÃO ATRAVESSANDO A FRENTE DA MOTOCICLETA E O MESMO ACABOU COLIDINDO COM O VEÍCULO TOYOTA, QUE FOI EMBORA DO LOCAL ENQUANTO O MESMO LESIONADO NO JOELHO DIREITO, FOI SOCORRIDO PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO DO SAMU CÓDIGO ID: S-712536 E DECLARAÇÃO/BOLETIM DE EMERGENCIA Nº 00100262 DA UPA. DIANTE DO FATO REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.

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

JOSÉ CARLOS DA SILVA

(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSÉ ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **119534-4**

JOSÉ ROBERTO DA SILVA
Comissário de Polícia
Mat.: 119.534-4



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 017.969.664-52 4 - Nome completo da vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSE CARLOS DA SILVA 6 - CPF: 017.969.664-52
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: VI DOS LUIZ 9 - Número: 160 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: GANCHO DO GALO 12 - Cidade: JURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 82-99700-1998

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0582 7 CONTA: 31.948 1
(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 dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), 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 invalidez permanente, 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 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairasos)? ☐ 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
dígito de
vítima ou
beneficiário
ou representante legal

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, JURUBIM 10/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 017.969.664-52 4 - Nome completo da vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSE CARLOS DA SILVA 6 - CPF: 017.969.664-52
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: VI DOS LUIZ 9 - Número: 160 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: GANCHO DO GALO 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 82-99700-1998

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0582 7 CONTA: 31.948 1
(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 dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), 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 invalidez permanente, 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 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):
35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):
36 - 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, SURUBIM 10/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 017.969.664-52 4 - Nome completo da vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSE CARLOS DA SILVA 6 - CPF: 017.969.664-52
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: VI DOS LUIZ 9 - Número: 160 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: GANCHO DO GALO 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 82-99700-1998

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0582 7 CONTA: 31.948 1
(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 dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), 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 invalidez permanente, 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 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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

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, SURUBIM 10/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

26/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

320039942401

VALOR TOTAL:

1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CARLOS DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00582

CONTA: 000000031948

Número da Autenticação

291CD56EDFEFC79A

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.836.832/0001-08 | Insc. Est. 0005843-03 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
VIA DOS LUIZ 180

GANCHÃO DO GALO GANCHÃO DO GALO
SURLINIM PE
55750-000

CLASSIFICAÇÃO
DE RESIDÊNCIA
BAIXA RENDA COM NIS

CONTA CONTINUA	11/2019
7002744141	
DATA DE VENCIMENTO	27/12/2019
03/12/2019	
TOTAL A PAGAR (R\$)	105,52

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abvo ate 30 kWh	30,00000000	0,26247243	7,87
Consumo Abvo superior a 30 ate 100 kWh	70,00000000	0,44996274	31,49
Consumo Abvo superior a 100 ate 220 kWh	57,00000000	0,57482911	32,77
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,39
Acrescimo Bandeira VERMELHA			6,01
Contrib. Rum. Publica Municipal			72,30
TOTAL DA FATURA			105,55

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (MMV)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
001770091	C&F	29/03/2018	8.778.00	26/11/2018	8.833.00	37	1.00000		157.00

ANÁLISE DE CONSUMO

ANÁLISE DE CONSUMO DE ENERGIA

Período	Consumo (kWh)
NOV 18 - 157	157
OUT 18 - 126	126
SET 18 - 106	106
AUG 18 - 100	100
JUL 18 - 112	112
JUN 18 - 117	117
MAY 18 - 136	136
ABR 18 - 123	123
MAR 18 - 164	164
FEB 18 - 120	120
JAN 18 - 124	124
DEZ 18 - 130	130
NOV 18 - 146	146

ANÁLISE DE CONSUMO DE ENERGIA

Base de Cálculo	%	Valor do Imposto
BASE DE CÁLCULO	26,00	30,60
ICMS	21,21	0,78
PIS	0,22	0,03
COFINS	4,58	1,03

CONSUMO DE ENERGIA

Descrição	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
Geração de Energia	10,50	25,50
Transmissão	10,50	2,50
Distribuição (Cabo)	10,50	21,00
Perdas de Energia	10,50	0,00
Encargos Setoriais	10,50	2,10
Total	42,00	51,10

CONSUMO DE ENERGIA

Descrição	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
Transmissão	10,50	2,50
Distribuição (Cabo)	10,50	21,00
Perdas de Energia	10,50	0,00
Encargos Setoriais	10,50	2,10
Total	42,00	25,60

CONSUMO DE ENERGIA

Descrição	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
Transmissão	10,50	2,50
Distribuição (Cabo)	10,50	21,00
Perdas de Energia	10,50	0,00
Encargos Setoriais	10,50	2,10
Total	42,00	25,60

CONSUMO DE ENERGIA

Descrição	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
Transmissão	10,50	2,50
Distribuição (Cabo)	10,50	21,00
Perdas de Energia	10,50	0,00
Encargos Setoriais	10,50	2,10
Total	42,00	25,60

CONSUMO DE ENERGIA

Descrição	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
Transmissão	10,50	2,50
Distribuição (Cabo)	10,50	21,00
Perdas de Energia	10,50	0,00
Encargos Setoriais	10,50	2,10
Total	42,00	25,60

CONSUMO DE ENERGIA

Descrição	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
Transmissão	10,50	2,50
Distribuição (Cabo)	10,50	21,00
Perdas de Energia	10,50	0,00
Encargos Setoriais	10,50	2,10
Total	42,00	25,60

CONSUMO DE ENERGIA

Descrição	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
Transmissão	10,50	2,50
Distribuição (Cabo)	10,50	21,00
Perdas de Energia	10,50	0,00
Encargos Setoriais	10,50	2,10
Total	42,00	25,60

CONSUMO DE ENERGIA

Descrição	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
Transmissão	10,50	2,50
Distribuição (Cabo)	10,50	21,00
Perdas de Energia	10,50	0,00
Encargos Setoriais	10,50	2,10
Total	42,00	25,60

CONSUMO DE ENERGIA

Descrição	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
Transmissão	10,50	2,50
Distribuição (Cabo)	10,50	21,00
Perdas de Energia	10,50	0,00
Encargos Setoriais	10,50	2,10
Total	42,00	25,60

CONSUMO DE ENERGIA

Descrição	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
Transmissão	10,50	2,50
Distribuição (Cabo)	10,50	21,00
Perdas de Energia	10,50	0,00
Encargos Setoriais	10,50	2,10
Total	42,00	25,60

CONSUMO DE ENERGIA

Descrição	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
Transmissão	10,50	2,50
Distribuição (Cabo)	10,50	21,00
Perdas de Energia	10,50	0,00
Encargos Setoriais	10,50	2,10
Total	42,00	25,60

CONSUMO DE ENERGIA

Descrição	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
Transmissão	10,50	2,50
Distribuição (Cabo)	10,50	21,00
Perdas de Energia	10,50	0,00
Encargos Setoriais	10,50	2,10
Total	42,00	25,60

CONSUMO DE ENERGIA

Descrição	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
Transmissão	10,50	2,50
Distribuição (Cabo)	10,50	

[illegible]

Assim, a realidade brasileira não se resume a uma única situação. Há, portanto, uma diversidade de situações, e a diversidade de situações exige uma diversidade de respostas. Não há, portanto, uma única resposta para todos.

[illegible]



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

ENCERREJO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOAO BATISTA 370

CENTROYSURUBIM

SURUBIM PE
55750-000

COSTA CYNTHIA

infants

7005749888

01/2020

14/01/2020

04/02/2020

83.80

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abvo(kWh)-TUSD	99,0000000	0,42658192	42,23
Consumo Abvo(kWh)-TE	99,0000000	0,35675625	35,51
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,88
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,46
ICMS Subvenção-CDE-AF 079728697-07/10/19			0,70

TOTAL DA FATURA

DENONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

83.90

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA PUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
K07894	CA7	06/12/2018	26 452 (A)	07/01/2019	26 504 (B)	28	1.00000		52,00

HISTORICAL AND CONTEMPORARY

REPRODUCED BY THE INSTITUTE OF

COMPARAÇÃO DO DE COMPARAÇÃO

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	20,00	18,00
PIS	0,80	0,71
COFINS	4,18	3,50
TAMBIÉM INCLUI:		
Consumo Atividade TJD		
Consumo Atividade T2		
RETRIBUIÇÃO AO TERC		

INFORMATION REPORTS

Figura 10: Perfil mais próximo ao vocal feminino e central, com o primeiro L25. Foi por volta 1941 quando a primeira mulher entrou no COMET para trabalhar e ela se tornou a primeira em uma loja de A. e S. Muitas informações sobre o comércio antes da guerra foram coletadas pelo COMET, incluindo as relações comerciais com o JSSA. O comércio continuou quando as lojas de A. e S. fecharam, mas a maioria das informações foi perdida. Foi em setembro de 1942 que a maioria dos membros do COMET, A. e S. e JSSA foram desalojados e os membros se tornaram cidadãos americanos. O comércio continuou quando a maioria dos membros do COMET, A. e S. e JSSA foram desalojados e os membros se tornaram cidadãos americanos.

As condições gerais de funcionamento dos ANEPs, e AGOTs, levam, portanto, ao tipo estrutural e funcional de organização dos ANEPs, e, por conseguinte, em função das condições de implementação da rede de ensino, surge um tipo de

ВЫРАЖАЮТ В ПЕЧАТНОМ СЛОВОТВОРЕНИИ

	CONSUMO	VALOR APURADO	LÍMITE MENSUAL	LÍMITE TRIMESTRAL	LÍMITE ANUAL
ENC	ENCUEN	Feb-2019			
ENC		0,00	8,85	19,10	22,21
ENC		0,00	3,38	8,72	13,85
ENC		0,00	3,36	8,68	13,81

NOTES ON THE CONTRIBUTORS

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MINIMO	MAXIMO
220	202	231

Linha OCPN 12.22 B/50 - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 28,51

CELPE**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-602
CNPJ 10.839.832/0001-08 | Insc. Est. 005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
XISF CARLA FARIAS VA

CPF: 017.989.664-27 / INSC: 16250140458

CLASSIFICAÇÃO
BARRAGEM COM MMS**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**
V.DOS LUIZ 100GANCHO DO GALO GANCHO DO GALO
SURUBIM PE
55750-000

CONTA CONTRATO	MÊS
7002744141	11/2019
DATA DE VENCIMENTO	DE 1º DE VENCIMENTO
03/12/2019	27/12/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	105,52

Nº DO CONTRATO	UNICA	DATA DE VENCIMENTO
086534796	UNICA	26/11/2019
DATA DE VENCIMENTO	Nº DO CONTRATO	Nº DA UNIDADE
26/11/2019	2010514048	5182508

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,76247243	22,87
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,44260274	30,98
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	57,0000000	0,57492911	32,73
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,38
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,01
Contrib. Ilum. Pública Municipal			22,30
TOTAL DA FATURA			105,52

TOTAL DA FATURA 105,52

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
8277000			9.774,00	26/11/2019	9.833,00	57,00	31	1,00000		57,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	VALOR (R\$)	PERCENTUAL (%)
Transmissão	R\$ 2,37	2,24%
Distribuição (Cabo)	R\$ 18,04	17,10%
Perdas de Energia	R\$ 5,88	5,57%
Encargos Sociais	R\$ 1,76	1,67%
Tributos	R\$ 25,08	23,77%
Total	R\$ 53,13	50,35%

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	VALOR DO IMPOSTO	PERCENTUAL (%)
ICMS	R\$ 3,36	3,18%
PIS	R\$ 0,32	0,30%
COFINS	R\$ 4,25	4,03%

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	VALOR DO IMPOSTO	PERCENTUAL (%)
ICMS	R\$ 3,36	3,18%
PIS	R\$ 0,32	0,30%
COFINS	R\$ 4,25	4,03%

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	VALOR DO IMPOSTO	PERCENTUAL (%)
ICMS	R\$ 3,36	3,18%
PIS	R\$ 0,32	0,30%
COFINS	R\$ 4,25	4,03%

FARMACIA CENTRAL/SCOPUS
CLAUDIANE FAUSTINO F
AV NOSENHOR LUIZ FERREIRA LIMA 104
CENTRO SURUBIM PE

VIS. 1 05/12/2019 18:20
TERM 000001 L.O.N. 000011547300001

CPF 170447
CORRESPONDENTE DO BANCO BRADESCO S.A.

CURPROVANTE DE PAGAMENTO

DATA: 05/12/2019 HORA DE BRASILIA: 18:20

CODIGO DE BARRAS:
83810000001-9 05620011007-9
00274414110-5 14294624813-5
EMPRESA: CELPE-PE

VALOR DO PAGAMENTO: 105,52

AV. BRADESCO: 8635 - SURUBIM
PACB 182 - FARMACIA CENTRAL
NSU: 003888316605 AUTENTICACAO: 625382

OUVIDORIA BRADESCO
VISA 121 9943

VIA DO CLIENTE

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-88 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	DATA DE EMISSÃO
001209903	UNICA	07/01/2020
APRESENTAÇÃO	Nº DO SUBSISTEMA	Nº DO SUBSISTEMA
07/01/2020	2011166068	3753008

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOÃO BATISTA, 370

CENTROVLSURUBIM

SURUBIM PE

55750-000

DATA CONTADOR	DATA
7005749888	01/2020
DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM
14/01/2020	04/02/2020
83,80	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh) TUSD	98,0000000	0,42556182	42,22
Consumo Ativo (kWh) TE	98,0000000	0,35625025	35,51
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,88
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,48
ICMS Subvenção CDE NF 070728697-07/10/18			0,70
TOTAL DA FATURA			83,80

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
IC07M4	CAT	09-12-2019	26.427,00	07-01-2020	26.596,08	28	1.200,00		99,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	CONSUMO (KWH)
JAN 20	99
DEZ 19	118
NOV 19	102
OUT 19	126
SET 19	81
AGO 19	113
JUL 19	113
JUN 19	162
MAY 19	153
ABR 19	172
MAR 19	166
FEV 19	162
JAN 19	122

INFORMAÇÕES DE TRIBUTAÇÃO

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	78,61	25,00
PIS	78,61	0,90
COPOM	78,61	4,15

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	RS	PERCENTUAL
Geração de Energia	26,52	32,51%
Transmissão	2,36	3,00%
Distribuição (Celpe)	17,37	21,00%
Perdas de Energia	5,47	6,57%
Encargos Setoriais	4,08	5,12%
Tributos	23,91	30,00%
Total	79,61	100%

Consumo Ativo (kWh) TUSD	0,20020000
Consumo Ativo (kWh) TE	0,25000000

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

Consumo Ativo (kWh) TUSD
Consumo Ativo (kWh) TE

CELPE**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-602
CNPJ 10.839.832/0001-08 | Insc. Est. 005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA CARLA FARIAS VA**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**
VILAS LUIZ 100

CPF: 017.989.664-73 / INSC: 16250140458

GANCHO DO GALO GANCHO DO GALO
SURUBIM PE
55750-000**CLASSIFICAÇÃO**
BOMBA RENDIDA COM MS

Nº DA UNIDADE CONSUMIDORA	UNIDADE	DATA DE VENCIMENTO
086534798	UNICA	26/11/2019
DATA DE VENCIMENTO	Nº DO CLIENTE	Nº DA UNIDADE CONSUMIDORA
26/11/2019	2010514048	5182508

CONTA CONSUMO	MÊS
7002744141	11/2019
DATA DE VENCIMENTO	DE 1º DE VENCIMENTO
03/12/2019	27/12/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	105,52

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,76247243	22,87
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,44260274	30,98
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	57,0000000	0,57492911	32,73
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,38
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,01
Contrib. Ilum. Pública Municipal			22,30
TOTAL DA FATURA			105,52

FARMACIA CENTRAL/SCOPUS
CLAUDIANE FAUSTINO F
AV NOSENHOR LUIZ FERREIRA LIMA 104
CENTRO SURUBIM PE

VIS. 1 05/12/2019 18:20
TERM 000001 L.O.N. 000011547300001

CPF 170447
CORRESPONDENTE DO BANCO BRADESCO S.A.

CURPROVANTE DE PAGAMENTO

DATA: 05/12/2019 HORA DE BRASÍLIA: 18:20

CODIGO DE BARRAS:
83810000001-9 05620011007-9
00274414110-5 14294624813-5
EMPRESA: CELPE-PE

VALOR DO PAGAMENTO: 105,52

AV. BRADESCO: 8635 - SURUBIM
PACB 182 - FARMACIA CENTRAL
NSU: 003888316605 AUTENTICAÇÃO: 625382

OUVIDORIA BRADESCO
VISA: 221.9943

VIA DO CLIENTE

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL										
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
86534798	UNICA	26/11/2019	9.774,00	26/11/2019	9.813,00	37	1.000,00			157,00
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO										
HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS				COMPOSIÇÃO DO CONSUMO				
NOV 19: 157		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Transmissão	R\$ 18,00	17,08%			
OUT 19: 130		ICMS	93,64	36,00	Distribuição (Cabo)	R\$ 18,04	17,08%			
SET 19: 106		PIS	83,32	0,32	Perdas de Energia	R\$ 5,88	5,57%			
AGO 19: 100		COFINS	93,22	4,25	Encargos Sociais	R\$ 1,76	1,67%			
JUL 19: 112					Tributos	R\$ 25,08	23,75%			
JUN 19: 117					Total	R\$ 83,22	78,55%			
MAY 19: 126										
ABR 19: 123										
MAR 19: 164										
FEB 19: 120										
JAN 19: 124										
DEZ 19: 132										
NOV 18: 150										
TEMPO DE APLICAÇÃO										
Consumo médio mensal: 157,00 KWh										157,00 KWh
Consumo médio anual: 1.884,00 KWh										1.884,00 KWh
Consumo médio diário: 4,24 KWh										4,24 KWh
RESUMO DO FATO										
5173 458C 4317 F086 F0E5 1350 45CE 1ACE										

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pagamento da conta de energia elétrica deve ser feito até o dia 25 de cada mês, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente é responsável por manter a unidade consumidora em condições adequadas para o recebimento da energia elétrica. O cliente é responsável por manter a unidade consumidora em condições adequadas para o recebimento da energia elétrica. O cliente é responsável por manter a unidade consumidora em condições adequadas para o recebimento da energia elétrica.

TAXAS E CONTRIBUIÇÕES					TAXAS E CONTRIBUIÇÕES	
TIPO	VALOR	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	ALÍQUOTA	
ICMS	36,00	93,64%	38,60	36,00	93,64%	
PIS	0,32	0,32%	100,00	0,32	0,32%	
COFINS	4,25	4,25%	100,00	4,25	4,25%	
TOTAL	40,57			40,57		

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA M. MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE CARLOS DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.969.664 / 52, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE CARLOS DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.969.664 / 52, 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 <u>RUA JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) <u>81-99700-1998</u>	Telefone celular (DDD) <u>81-98234-4433</u>

SURUBIM, 10 de DEZEMBRO de 2019
Local e Data

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