
Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210114897

Vítima: MELINDA GONCALVES BEZERRA

Data do Acidente: 30/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RANIERE GONCALVES BEZERRA

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, 20 de Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210114897

Vítima: MELINDA GONCALVES BEZERRA

Data do Acidente: 30/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RANIERE GONCALVES BEZERRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: **RANIERE GONCALVES BEZERRA**

Valor: **R\$ 337,50**

Banco: **104**

Agência: **000000914**

Conta: **0000026896-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 154.362.794-30 4 - Nome completo da vítima: Melinda Gonçalves Bezerra

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

5 - Nome completo: Melinda Gonçalves Bezerra 6 - CPF: 154.362.794-30
7 - Profissão: 8 - Endereço: R. do Rosário 9 - Número: 267 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Floresta 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56400-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 96344907

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: Ramirene Gonçalves Bezerra
18 - CPF do Representante Legal: 111.038.194-88 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: 0914 CONTA: 26896 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: (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) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascidos)? ☐ 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, Serra Talhada - PE, 28.01.2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 187ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORESTA - DP187ªCIRC
DINTER2/22ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E0277000068**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/01/2021** às **17:19**

ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **30/12/2020** às **17:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ANOTINIO FIRMO DE SOUZA FERRAZ, 01** - Bairro: -
FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: **56400-000**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

RAUL (AUTOR \ AGENTE)
DANIELA BEZERRA DE MORAES (NOTICIANTE)
MELINDA GONCALVES BEZERRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **RAUL**

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

DANIELA BEZERRA DE MORAES (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DA FATIMA DA SILVA MORAES** Pai: **ZEZITO BEZERRA DE MORAES** Data de Nascimento: **5/2/1985** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7464293/SDS/PE (RG), 08852644440 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **VENDEDOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 01, RUA TRAVESSA DO ROSARIO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

MELINDA GONCALVES BEZERRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **DANIELA BEZERRA DE MORAES** Pai: **RANIERE GONCALVES BEZERRA** Data de Nascimento: **28/3/2018** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RAUL**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RAUL**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

NA DATA DE 18 DE JANEIRO DE 2021 COMPARECEU NESTA DELEGACIA O SRª DANIELA BEZERRA DE MORAES, ESTA INFORMA QUE NO DIA 30 DE DEZEMBRO DE 2020 O SUA FILHA DE APENAS 2 ANOS DE IDADE FOI ATROPELADA POR UMA MOTO. A MÃE DA VÍTIMA INFORMA QUE A CRIANÇA QUEBROU A CLAVÍCULA E QUE O CONDUTOR DO VEICULO PRESTOU O DEVIDO SOCORRO A VÍTIMA.

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

DANIELA BEZERRA DE MORAES
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **Lucas Vinicius Carvalho Felisberto Matos** - Matrícula: **399.835-5**
(Liberado em **18/01/2021** às **17:26**)



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: 154.362.794-30 4 - Nome completo da vítima: Melinda Gonçalves Bezerra

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

5 - Nome completo: Melinda Gonçalves Bezerra 6 - CPF: 154.362.794-30
7 - Profissão: 8 - Endereço: R. do Rosário 9 - Número: 267 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Floresta 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56400-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 96344907

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: Ramirene Gonçalves Bezerra
18 - CPF do Representante Legal: 111.038.194-88 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: 0914 CONTA: 26896 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: (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) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascidos)? ☐ 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, Serra Talhada - PE, 28.01.2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Órgão do Registro Civil de
Floresta - Pernambuco
Maria Auxiliadora Leite de S.
Escrevente Substituta
Gilvanice de Carvalho Lima
Escrevente Substituta



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME:

MELINDA GONÇALVES BEZERRA

CPF

154.362.794-30

MATRÍCULA:

073429 01 55 2018 1 00083 220 0031395 87

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)

Vinte e oito de março de dois mil e dezoito.

DIA

28

MÊS

03

ANO

2018

HORA DE NASCIMENTO

14h45min

NATURALIDADE

Serra Talhada-PE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Floresta - ESTADO DE PERNAMBUCO

LOCAL, MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF

HOSPITAL PROF AGAMENON

MAGALHÃES-HOSPAM, Serra Talhada - PE

SEXO

Feminino

FILIAÇÃO

RANIERE GONÇALVES BEZERRA, AGRICULTOR, natural de MIRANDIBA - PE e DANIELA BEZERRA DE MORAES, AGRICULTORA, natural de BETÂNIA - PE, ambos residentes em Floresta-PE

AVÓS

FRANCISCO ASSIS BEZERRA e MARIA DA PENHA DA CONCEIÇÃO BEZERRA (paternos) e ZEZITO BEZERRA DE MORAES e MARIA DE FÁTIMA DA SILVA MORAES (maternos)

GÊMEOS

Não

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

Nada consta.

DATA DE REGISTRO (POR EXTENSO)

Dois de abril de dois mil e dezoito.

NÚMERO DA DNV/DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

30-76591382-0

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES À ACRESCER

Ato registrado no livro A-83, às folhas 220 sob o nº 31395. Não constam averbações à margem do termo.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

Nada consta.

* As anotações de cadastro acima não dispensam a apresentação do documento original, quando exigida pelo órgão solicitante.

Nome do ofício
Cartório do Registro Civil das Pessoas Naturais de Floresta
Escreventes Substitutas
Maria Auxiliadora Leite de S. - Responsável
Gilvanice de Carvalho Lima
Município/UF
Floresta
Endereço
Rua Manoel Serafim de Souza Ferraz, 99 - Centro

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Floresta, 2 de abril de 2018.

Escrevente Substituta

Selo: 0073429.YTR01201801.00322

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

Ato gratuito

Gilvanice de Carvalho Lima
Escrevente Substituta
Registro Civil - Floresta-PE

AAB 379101

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:	13/05/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	321011489701
VALOR TOTAL:	337,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RANIERE GONCALVES BEZERRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000026896

Número da Autenticação

371869A468DBB3C5

**CELPE**

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 16.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celepe.com.br

DADOS DO CLIENTE

RANIERE GONCALVES BEZERRA

CPF 111.038 194-88

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

138107263	UNICA	04/01/2021
04/01/2021	2016268450	5817044

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV DO ROSÁRIO 267

CENTROFLORESTA
FLORESTA PE
56400-000

7033367907	01/2021
11/01/2021	02/02/2021
146,77	

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(W/h)-TUSD	148,0000000	0,48537098	70,88
Consumo Ativo(W/h)-TE	148,0000000	0,37726043	55,08
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,34
Acrescimo Bandeira VERMELHA			12,01
Contrib. Ilum. Publica-Municipal			6,81
ICMS Subvenção-CDE-NF 126004823-02/19/20			0,78
ICMS Subvenção-CDE-NF 130301812-03/11/20			0,81

TOTAL DA FALHA

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (M3)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
318/252021	CAI	02/12/2020	1 730,00	04/01/2021	1 818,00	33	1,00000		148,00

Mês	Consumo (kWh)
JAN 2018	100
FEB 2018	100
MAR 2018	100
ABR 2018	100
MAY 2018	100
JUN 2018	100
JUL 2018	100
AUG 2018	100
SEP 2018	100
OCT 2018	100
NOV 2018	100
DEC 2018	100
JAN 2019	100
FEB 2019	100
MAR 2019	40

[illegible]

ATENÇÃO: A SELFE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

APÓS 1990, GOSTO DEBÍTO EXISTENTES CAUSARÃO CORTE

Venda out 3/0	De receiv 04/01/01	Total 149,31	Venda	De receiv	Total
------------------	-----------------------	-----------------	-------	-----------	-------

Esta comunicação NÃO substitui avisos de trânsito e NÃO contém efeitos em trânsito
jurídico. Caso a suspensão do fornecimento de energia elétrica seja de natureza eventual, poderá ocorrer o
cancelamento do contrato, podendo também ocorrer o cancelamento da ordem emitida no Art. 99
NEN-4144/04. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nas regras de restrição de
crédito SPC e SERASA.

Algumas dicas para se
beneficiar do Programa Acel
40401 C), bem como
serviço prestado a todos os
empresários e empresários, para
construção, em relação à utilização de
documentos no site
www.cetpa.com.br

CONJUNTO	VALOR APROVADO R\$ (2011)	LIMITE			TERCEIO NOMINAL (%)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
		SEMESTRAL	TRIMESTRAL	ANUAL		SEMESTRAL	ANUAL
DIC	0,00	9,51	13,82	33,54	220	231	
FIC	0,00	3,30	9,60	13,70			
PARC	0,00	3,48	0,00	0,00			

Lucas D. B. 12/22 RUIB - valor do licenciamento do Sistema de Distribuição = R\$ 47,58

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)	148,77
7033387907	01/2021	11/01/2021		



MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

CPF 388 710 384-15

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

074836430	UNICA	26/08/2018
28/08/2018	2000138288	3872821

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

IPSEP/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56912-130

02/09/2010	02/09/2010
02/09/2010	24/09/2010
	108.00

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abvo(MHh)			
Acrescimo Bandeira AMARELA	118,0000000	0,77545172	92,27
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,48
Conteio Ium. Publica Municipal			5,44
ICMS Subvenção-CDE-NF 067383544-25/06/19			4,83
Multa por atraso-NF 067383544-25/06/19			0,82
Juros por atraso-NF 067383544-25/06/19			1,82
Atualização ICPM-NF 067383544-25/06/19			0,88
PRÓ-CRANÇ.A-(081)3412-8880 0600 031 8880			0,80
			0,88

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (m³/h)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
3010218218	CAT	25-07-2018	19 019,00	26-08-2018	19 138,00	32	1,00000		119,00

Mês/Ano kWh		Consumo Adm (R\$)			
		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	
AGO 18	118	JOM PIS COFINS			
SET 18	136				
OUT 18	123		25,00	24,54	
NOV 18	126		0,74	0,72	
DEZ 18	80		3,82	3,36	
JAN 19	90				
FEB 19	117				
MAR 19	124				
ABR 19	84				
MAY 19	252				
JUN 19	343				
JUL 19	262				
AGO 19	262				

Consumo Adm (R\$)			
Consumo de Energia	R\$	34,26	34,82%
Transmissão	R\$	1,42	2,48%
Distribuição (Cargas)	R\$	30,71	21,10%
Perdas de Energia	R\$	6,82	8,84%
Energias Sotais	R\$	4,88	4,88%
Tributos	R\$	28,81	28,14%
Total	R\$	88,17	100%

0,54823000

845A E58E 8273 8E68 8EE0 D013 E884 8861

[illegible]

ATENÇÃO: A BILTE SUPLENTE NÃO PODE SER CONSIDERADA EMPLACAMENTO

Valor	DT. DEBTO	DT. RECEBTO	Valor	Valor	Valor
07/08/18	07/08/18	108,30			

[illegible]

ENC	PC	CMC	CONCEITO	VALOR	CRÉDITO	DEBITO	CRÉDITO	DEBITO
				APURADO	GERAL	TRIBUTATÓRIA	GERAL	
			JAN/2019	0,00	5,43	10,96	21,73	
				0,30	3,30	6,60	13,20	
				0,00	3,11	0,00	3,00	
Linha DCE: 12,22								

BUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 36,50

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

NOTA: O valor informado no campo "LIMITE DE VOTAÇÃO (V)" deve ser informado em Volts (V) e não em Watts (W).

CONTA CONTRATO 2278078019 08/2019 DATA DE VENCIMENTO 02/09/2019 TOTAL A PAGAR (R\$)

DATA DE VENCIMENTO
02/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
108,00

838900000001-3 08000011002-5 27807801810 C 6 1 1



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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Rosana de Menezes Silva Cavalcante

inscrito (a) no CPF/CNPJ

051.394.744, 28

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ranire Gonçalves Bezerra

inscrito (a) no CPF sob o Nº 111.038.194, 88

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da Vítima

Melinda Gonçalves Bezerra

inscrito (a) no CPF sob o Nº

154.362.794, 30

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

Revisar

Resida:

Recusar

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:

Rua Francisco Olayo

Número:

110

Complemento:

casa

Bairro:

Ipsep

Cidade:

Serra Talhada

Estado:

PE

CEP:

56912-130

E-mail:

Tel.(DDD):

Local e Data:

Serra Talhada - PE, 30 de Março de 2021

Rosana de M. S. Cavalcante

Assinatura do Declarante

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº _____

DATA: 30/12/2020		HORA: 17:58		CARTÃO SUS: 707409014771971	
NOME: Melinda Gonçalves Bezerra					
DATA NASCIMENTO: 28/03/18	IDADE: 02A	SEXO: F	ESTADO CIVIL: -	PROFISSÃO: -	
MÃE: Daniela Bezerra de Moraes					
PAI: Rmiree Gonçalves Bezerra					
ENDEREÇO: R. Trav. do Rosário				BAIRRO: Centro	
MUNICÍPIO: Floresta-PE		FONE: -	CPF: -	RG: -	
RAÇA/COR:	BRANCA	PRETA	PARDA	AMARELA	INDÍGENA
P.A:	PULSO:	HGT:	TEMP:	PESO:	
CURATIVO	APLICAÇÃO MEDICAMENTO	RX	IMOBILIZAÇÃO	ECG	SUTURA
VÍTIMA DE ACIDENTE:	SIM	NÃO	ASSINATURA PACIENTE OU RESPONSÁVEL		
MORDIDA DE ANIMAIS:	SIM	NÃO			
HISTÓRIA E EXAME FÍSICO: Menor vítima de atropelamento relatado em tôrax. ECG. Curvatura normalidade. Alívio e reativo. Sat: 99% FC: 90 bpm.					
TRATAMENTO: sem deslocamento de tórax. AE. MVA. AR. ER. ER. 21/01/2021 Punção intracav. e ultrassom. 21/01/2021 1) Radiografia 2) Duplex a 0,3 ml em 3) Observação					
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura de clavícula?			CARIMBO E ASSINATURA: Tamara Roper CRM 24.615		
DESTINO DO PACIENTE:	INTERNADO	RESIDÊNCIA	TRANSFERIDO	EVASÃO	
REMOVIDO PARA HOSPITAL:			HORA:	SENHA:	

99224086 NAC

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

12R-01

POLESAI DIREITO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

RANIERE GONCALVES BEZERRA



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 9.247.847

DATA DE EMISSÃO 10/02/2017

NOME << RANIERE GONÇALVES BEZERRA >>

FILIAÇÃO << FRANCISCO ASSIS BEZERRA >>
<< MARIA DA PENHA DA CONCEIÇÃO BEZERRA >>

NACIONALIDADE MIRANDIA - PE

DATA DE NASCIMENTO 26/09/1993

DIGITO VERIFICADOR 00

CPF 111.038.194-88

ASSINATURA DO DIRETOR



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número 111.038.194-88

Nome RANIERE GONCALVES BEZERRA

Nascimento 26/09/1993



CÓDIGO DE CONTROLE 247D.5598.38DB.27B0



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:06:50 do dia 06/02/2017 (hora e data de Brasília)
digito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CAMIÃO NACIONAL DE PERMITECÃO

PE

NOME
ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
6870803 SDH PE

CNPJ
051.394.744-25

DATA NASCIMENTO
19/08/1983

PLACAR
ARCENIO PEREIRA DA SILVA
A
MARIA JOSE DE MENEZES
SILVA

PERMISSÃO
04935894409

ACC
AD

CAT. HAB
AD

VALIDADE
08/01/2025

1ª HABILITAÇÃO
06/05/2010

OBSERVAÇÕES
A

Rosa de M. S. Cavalcante
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

Roberto Carlos Ferreira
ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

DEMATRAN **CONTRAN**

96541934980
PE096975440

DF ACALAP AMT MS MO

CEES GO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1933955697

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1933955697



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **154.362.794-30**

Nome: **MELINDA GONCALVES BEZERRA**

Data de Nascimento: **28/03/2018**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **02/04/2018**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:55:58** do dia **05/04/2021** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **E21D.14E7.27CB.6E07**



Este documento não substitui o [“Comprovante de Inscrição no CPF”](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

**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: 3210114897

Nome do(a) Examinado(a): MELINDA GONCALVES BEZERRA

Endereço do(a) Examinado(a): TV DO ROSARIO, 267, Floresta/PE

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

Data e local do acidente: 30/12/2020 - Floresta/PE

Data e local do exame: 07/05/2021 - Serra Talhada/PE

Coordenadas Geográficas: latitude: -7.99156 , longitude: -38.29642

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

trauma da clavicular esq com limitação funcional / fratura da clavicular esq

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

ttto conservador sem complicação alta em fevereiro 2021

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

Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta extensão aos 45°, abdução aos 180°, adução aos 40°, rotação medial aos 90°, rotação lateral aos 70°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau residual no ombro esquerdo.

IV. Nexa 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

discreta aumento de volume , calo osseo

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.

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



Dr. Ebenone Baido
CRM: 15122
TEOT: 10541
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210114897

Cidade: Floresta

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MELINDA GONCALVES BEZERRA

Data do acidente: 30/12/2020

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Trauma da clavícula esquerda com limitação funcional

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta extensão aos 45°, abdução aos 180°, adução aos 40°, rotação medial aos 90°, rotação lateral aos 70°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau residual no ombro esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador, sem complicação
Alta em fevereiro 2021

Sequelas permanentes: Déficit funcional de grau residual no ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/05/2021

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 no ombro esquerdo, 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 dos ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210114897

Cidade: Floresta

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MELINDA GONCALVES BEZERRA

Data do acidente: 30/12/2020

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Trauma da clavícula esquerda com limitação funcional

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta extensão aos 45°, abdução aos 180°, adução aos 40°, rotação medial aos 90°, rotação lateral aos 70°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau residual no ombro esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador, sem complicação
Alta em fevereiro 2021

Sequelas permanentes: Déficit funcional de grau residual no ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/05/2021

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 no ombro esquerdo, 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 dos ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210114897 **Cidade:** Floresta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MELINDA GONCALVES BEZERRA **Data do acidente:** 30/12/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO TÓRAX E OMBRO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA COM 2 ANOS DE IDADE.
%SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 dos ombros	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: 3210114897 **Cidade:** Floresta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MELINDA GONCALVES BEZERRA **Data do acidente:** 30/12/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO TÓRAX E OMBRO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA COM 2 ANOS DE IDADE.
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Procuração

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

1. Outorgante Raniere Gonçalves Bezerra

portador(a) do documento de identidade nº 9.247.847, expedido por SPS-PE, em

10/02/2017, inscrito no CPF sob o nº 111.038.154-88, residente na

Tv do Rosário, nº 267

complemento Casa, Bairro Centro, cidade

Flonesta, Estado PE.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em

29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na

Rua Francisco Olavo, nº 110

complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade

Serra Talhada, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do **Seguro Obrigatório - DPVAT**, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Flonesta-PE 28 de Janeiro de 2021

Outorgante X Raniere Gonçalves Bezerra

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0095597/21

Vítima: MELINDA GONCALVES BEZERRA

CPF: 154.362.794-30

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 30/12/2020

Titular do CPF: MELINDA GONCALVES BEZERRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE : 051.394.744-25

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

RANIERE GONCALVES BEZERRA : 111.038.194-88

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

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: 07/04/2021
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/04/2021
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

RAIANNE SILVA BARBOSA