
Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190693050

Vítima: RENATO FEITOSA DE LIMA

Data do Acidente: 29/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RENATO FEITOSA DE LIMA

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, 25 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190693050

Vítima: RENATO FEITOSA DE LIMA

Data do Acidente: 29/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RENATO FEITOSA DE LIMA

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: RENATO FEITOSA DE LIMA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 001

Agência: 000003251-4

Conta: 000010022113-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,



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: 086.288.554.08 4 - Nome completo da vítima: Renato Feitosa de Lima

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

5 - Nome completo: Renato Feitosa de Lima 6 - CPF: 086.288.554.08
7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: rua Vereador João Emílio Nunes 9 - Número: 511 10 - Complemento: caso
11 - Bairro: São José 12 - Cidade: Imaculada 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58745-000
15 - E-mail: fataciliodpvt@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (83) 9.9131.7273

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:

☒ RECLUSO 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: 3251 4 CONTA: 22113 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 (ou 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, Santa Terezinha - PE, 11/12/2018

Renato Feitosa de Lima
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
16ª ÁREA INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA DE IMACULADA
Rua Francisco Moreira, s/n, Bela Vista, Imaculada/PB, 58.745-000.

CERTIDÃO

Eu, JOSÉ ROMÃO LUSTOSA NETO, Agente de Investigação no uso de suas atribuições, certifico, a pedido do SR. RENATO FEITOSA DE LIMA, que encontra-se registrado na página 116, do LIVRO DE OCORRÊNCIAS Nº 07, o BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 111/2019, com conteúdo conforme a seguir:

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 111/2019

(LIVRO 07)

DIA E HORA DA NOTICIA: DIA 11/DEZ/2019, ÀS 09H07.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA LESIONADA.

DIA E HORA DO FATO: DIA 29 DE MARÇO DE 2018, POR VOLTA DAS 16H00.

LOCAL DA OCORRÊNCIA: NA RODOVIA PB-306, IMEDIAÇÕES DO SITIO CABORÉ, ZONA RURAL DE IMACULADA/PB.

NOTIFICANTE: RENATO FEITOSA DE LIMA, conhecido por RENATO, brasileiro, solteiro, Agricultor, 32 anos, nascido aos 26/AGO/1987, filho de Erasmo Siqueira de Lima e Francisca Feitosa dos Santos, residente e domiciliado na rua Vereador João Emiliano Nunes, s/n, bairro São José, Imaculada/PB, RG nº 3514485 SSP/SP e CPF nº 086.288.554-08.

VEÍCULO: MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN MIX KS, VERMELHA, ANO 2009, MODELO 2010, PLACA MOF-1451/PB, CHASSI Nº 9C2KC1610AR017422, CÓDIGO RENANVAN Nº 0020320902-8, LICENCIADA EM NOME DE GEOVÂNIO POMPEU CAMPOS, COM CPF Nº 127.781.564-02.

HISTÓRICO: Nesta Delegacia, sob a supervisão da Delegada DARCINAURA ALVES DE ASSIS, o notificante **DECLAROU QUE**, trafegava sozinho no veículo acima descrito, se deslocando da cidade de Imaculada/PB para o sítio São Gonçalo, quando, próximo ao Posto de Saúde São Gonçalo, perdeu o controle do mesmo em uma derrapagem devido à pista de rolamento estar molhada, o que causou um tombo; QUE, com o tombo o notificante ficou desacordado e foi socorrido para o Hospital Regional de Patos/PB, onde recuperou a consciência e descobriu que havia fraturado ossos da mandíbula; QUE, o notificante foi submetido a cirurgia e ficou internado por dezoito dias. Nada mais disse nem lhe foi perguntado. Declarações prestadas com base na lei nº 7.115 de 29 de março de 1983 (Lei da Desburocratização). DECLARO AINDA SER CONHECEDOR DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS A QUE ESTAREI SUJEITO, CASO O QUANDO AQUI DECLARADO NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE (art. 299 do CPB – FALSIDADE IDEOLÓGICA). Lido e achado conforme, vai devidamente assinado pela notificante e por mim, Agente de Investigação que o digitei.

SOLICITANTE:

Renato Feitosa Lima





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

16ª ÁREA INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DELEGACIA DE IMACULADA

Rua Francisco Moreira, s/n, Bela Vista, Imaculada/PB, 58.745-000.

Imaculada/PB, 11 de DEZEMBRO de 2019.


JOSÉ ROMÃO LUSTOSA NETO

Agente de Investigação
Mat. 156.531-1



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: 086.288.554.08 4 - Nome completo da vítima: Renato Feitosa de Lima

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

5 - Nome completo: Renato Feitosa de Lima 6 - CPF: 086.288.554.08
7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: rua Vereador João Emílio Nunes 9 - Número: 511 10 - Complemento: caso
11 - Bairro: São José 12 - Cidade: Imaculada 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58745-000
15 - E-mail: fataciliodpvt@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (83) 9.9131.7273

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:

☒ RECLUSO 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: 3251 4 CONTA: 22113 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 (ou 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, Santa Terezinha - PE, 11/12/2018

Renato Feitosa de Lima
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RENATO FEITOSA DE LIMA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03251-4

CONTA: 000010022113-0

Nr. da Autenticação B1E1EBC65E6CD4D2

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : : Nº 035.054.933



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

ERASMO SIQUEIRA DE LIMA
RUA VER JOAO EMELIANO NUNES S/N
IMACULADA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1880219-9

REFERÊNCIA

NOV/2019

APRESENTAÇÃO

28/11/2019

CONSUMO

45

VENCIMENTO

05/12/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 42,17

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 29/11/2019

Pagador: ERASMO SIQUEIRA DE LIMA CNPJ/CPF: 251.314.004-49

RUA VER JOAO EMELIANO NUNES S/N - SAO JOSE - IMACULADA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120009234752	001880219201911	05/12/2019	R\$ 42,17	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISM: ESTADUAL Nº 160572029
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

Nº Documento: 20190828834445

ESCRITÓRIO

PATOS

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
02883444.5

MATRÍCULA

02883444.5

CLIENTE

JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

CPF/CNPJ:

081.XXX.XXX-XX

VENCIMENTO

29/08/2019

INSCRIÇÃO

075.010.405.0064.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL

RUA ANTONIO BARRETO, 41 - MONTE CASTELO PATOS PB 58707-180

FATURA

08/2019

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA

ESGOTO

LIGADO

LIGADA

ÚLTIMOS CONSUMOS

07/2019 -	2	06/2019 -	2
05/2019 -	3	04/2019 -	2
03/2019 -	1	02/2019 -	2

ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR
1	2	R 5312

LEITURA

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M³)	CONSUMO/DIA (M³)
52	54	2	31
16/07/2019	16/08/2019	NºHm: Y18F162170	

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA		
RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
CONSUMO DE ÁGUA	2 M3	37,91
ESGOTO		
RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
CONSUMO DE ESGOTO	2 M3	30,33
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT.	06/2019	1,36
JUROS DE MORA	06/2019	0,11

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012. R\$ 10,27

CONTA RETIFICADA

TOTAL

R\$

69,71

#CHEGADETRABALHOINFANTIL

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 07/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez	0,99	Cor Aparente	8,80	Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)	1,70	P.H.	6,60	Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 28/08/2019



CAGEPA

MATRÍCULA

02883444.5

INSCRIÇÃO

075.010.405.0064.000

FATURA

08/2019

NÃO RECEBER APÓS

31/08/2020

VENCIMENTO

29/08/2019

VALOR

R\$

69,71

GRUPO: 560

FIRMA: 2

CONTA RETIFICADA

82610000000-7 69710010075-2 02883444501-8 08201910003-9

VIA CAGEPA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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 95

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29526>

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 COAP².

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 JOSÉ OTACÍLIO BATUTA DE LIMA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 083886574 / 37 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

RENATO FEITOSA DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.288554 / 08

do sinistro de DPVAT cobertura INUNDAÇÃO da vítima RENATO FEITOSA DE LIMA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.288554 / 08, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declara 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 ANTONIO BARRETO</u>	Número: <u>43</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>Monte Castelo</u>	Cidade: <u>PATOS</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58707-180</u>	
		Tel.(DDD): <u>(83) 99333-7273</u>

Local e Data: PATOS-PB, 10 DE DEZEMBRO DE 2019.

José Otacilio Batuta de Lima

Assinatura do Declarante



HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARABA (83)3423-2741

Cod. Intern. 29503

Data/Hora 29/3/2018 18:53:00

Pontuação: 108185
Ocorrência: QUEDA DE NÍVEL
Classif. Risco: VERDE Transporte: AMBULANCIA BRANCA
Origem: PRÓPRIA RESIDÊNCIA

Reg. N. Enc. N.

Servidor do Dr.: _____ Idade: 30 Gênero: HOMEM CIS

Paciente: RENATO FEITOSA DE LIMA

Filiação

Filiação I: FRANCISCA FEITOSA DOS SANTOS
Filiação II: ERASMO SIQUEIRA DE LIMA

Endereço

Cidade: IMACULADA - PB - 58745-000 - 2506707
Endereço: PROJETADA
Bairro: CENTRO
Naturalidade: IMACULADA - PB
Fone: (00)00000-0000

N.: SN

Documentos

CNS:
Identidade: 3514485-5605 SP
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 28/8/1987
Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Vitória Maria de Almeida de Sousa

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame de registo afetada, exame dos diversos aparelhos)

*havia fratura com fratura
de consolidação*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

FRATURA MANDIBULAR

Cit:

DADOS DA SAÍDA

Data:

29/3/2018

Hora:

18h

Min:

Motivo: () Alta Curado

() Alta Melhorado

() Alta a pedido

() Transfência () Evaseio () Óbito

Médecio/CRM

Letra (legível não é legal (CEM Cap. 3, Art 11)



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: Renato Fautoza

DA CLÍNICA C. cirúrgica
A CLÍNICA endoscópica

ENFERMARIA 12
LEITO 03

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E ENUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

Peso anormal.

04-08-18.

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

ALBERTO FERREIRA DE MORAES

DA CLÍNICA

CLÍNICA

A CLÍNICA

LABORATÓRIO

ENFERMARIA

LEITO

MOTIVO DA CONSULTA:

ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
(MENCIONAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

19/10/18

03/10/18

DATA

Assinatura do Médico da Clínica
Dr. Alberto Ferreira de Moraes
C.R.M. - Paraíba
19/10/18

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTAR

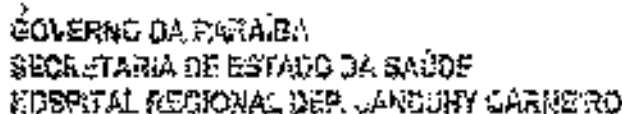
PARECER:

30 anos
queixas de dor
na região da
cabeça
e no
abdômen
de início
intermitente

Assinatura do Médico Especialista
Dr. Alberto Ferreira de Moraes
C.R.M. - Paraíba
19/10/18

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



**EVOLUÇÃO CLÍNICA
ENFERMAGEM**

PACIENTE: Renato Feijoa DE Lima

LEITO: As
REG:

DATA: 30/07/80 HORA: 06:15
 Esp. MF-47
 Vacante no 2º DM, com geloso de mantelha (carga)
 (2) agulha, com graxa.
 Aparelho de vacuo grã-operatório para
 injeção de cnp.
 1º salmão mobilizado de fatura
 com 10 de peso.

31/07/88

0.2

parcial - vitórias aparentemente
fez uma em zona de montanha
não refere qual o oficial
operando. Assim como os outros 2 exames
não exigidos.

CONJUNTO - Remanência Bucmaxilla
Prescrita em Anexo

02
5
98

B.M.F.
County and P.E. D.M., Gen. H.D. - Cont.
Hendricks
Manned E.C.D. - Cont. - Hendricks, Hendricks,
Hendricks, Hendricks.

(1) *Parakeet* *Parakeet*
 (2) *Parakeet* *Parakeet*

12/12/2020

[illegible]

NOTA DE SALA - CIRURGIJA GERAL				GOVERNO DA PARAZA SECRETARIA DE SAUDE	
NOME DO DOENTE Henrieto Castanheira de Lima		NOME DO MEDICO Dr. J. G. J. S.		 HOSPITAL FEDERAL DE JACAREPAQUE	
NOME DO CIRURGA Dr. J. G. J. S.		NOME DO ANESTESISTA Dr. J. G. J. S.			
NOME DO DOENTE Henrieto Castanheira de Lima		NOME DO MEDICO Dr. J. G. J. S.		NOME DO ANESTESISTA Dr. J. G. J. S.	
NOME DO CIRURGA Dr. J. G. J. S.		NOME DO ANESTESISTA Dr. J. G. J. S.		NOME DO DOENTE Henrieto Castanheira de Lima	



HOSPITAL REGIONAL
 DE SAN PEDRO DE CAYUMBE

[illegible]

අගයනු ලබන



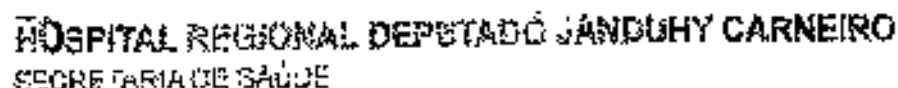
RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Reneo To Fe Xosa		Nº prontuário
Data da Cirurgia	Ent.	Leito	
12-4-2018	07	05	
Cirurgião	1º Auxiliar		
Dr. FÉLIX XAVIER	Dr. THIAGO		
Anestesiista	Tipo de Anestesia		
Dr. GIL	General		
Diagnóstico Pré-Operatório			
FRATURA MANDÍBULA BILATERAL			
Tipo de Cirurgia			
CRUENTA			
Diagnóstico Pós-Operatório			
O. III - III			
Relatório Inicial do Patologista			
Exame Radiográfico no Ato			
Acidente Durante a Cirurgia	Sem ocorrência		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

- (1) ANESTESIA
- (2) INCISÃO INTRA ORAL (3)
- (4) DISSECÇÃO
- (5) INCISÃO INTRA ORAL (6)
- (7) DISSECÇÃO
- (8) Sutura B.M.M.
- (9) Redução
- (10) S.R. D + F
- (11) Cur Tm.

[illegible]



HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUÍ CARNEIRO

HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUÍ CARNEIRO

AV. DA BRAGANÇA, S/N - BELA VISTA - PATOS - PARAÍBA

TELEFONE: (03) 2121-2235

Nome: *Ronaldo F. Silva*

Observações:

Unidade

Idade: *30 anos*

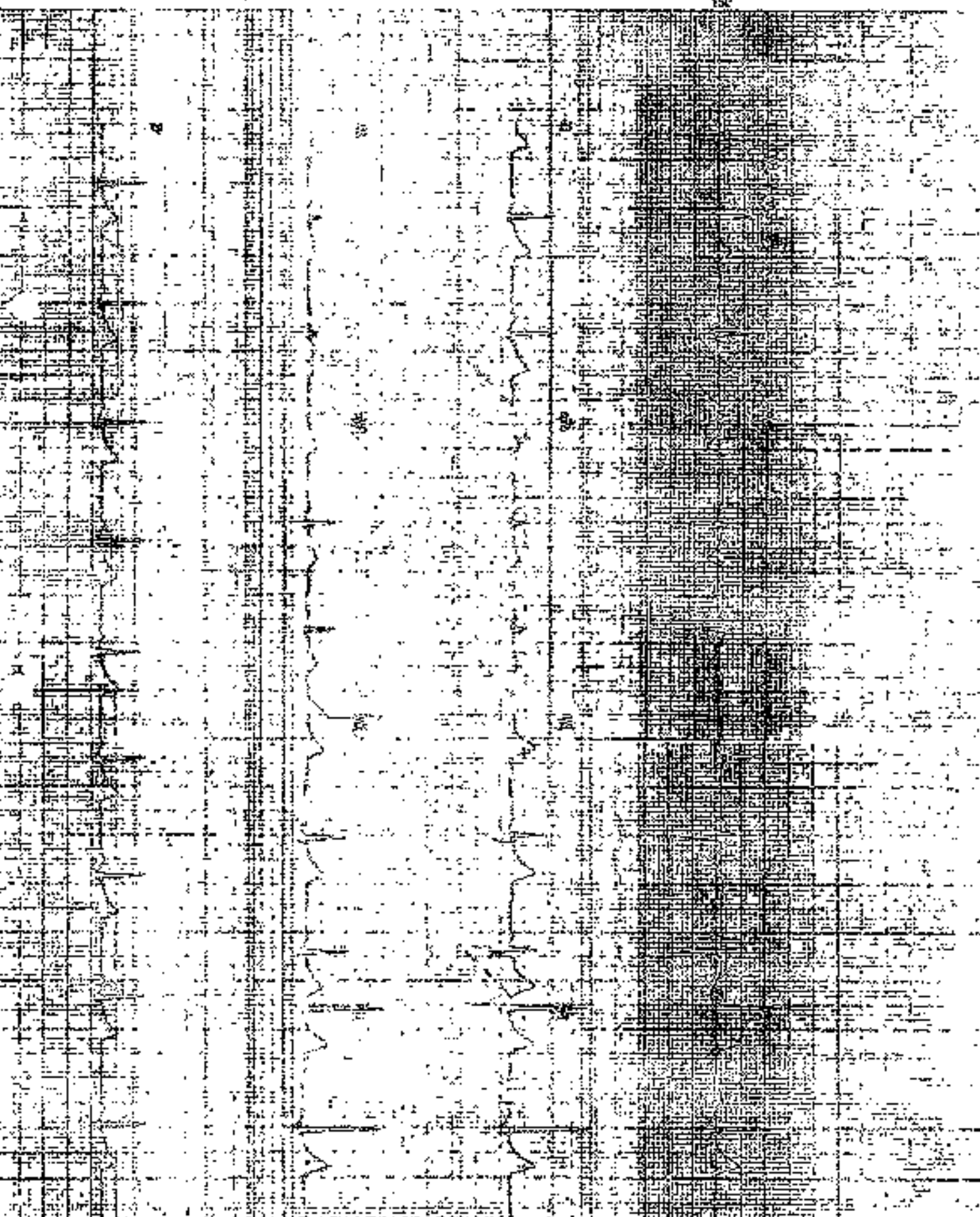
Sexo: *M*

Profissão: *prof*

Endereço: *0.02*

Unidade

0.02



HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUNY CARNEIRO
RUA S. CARLOS, 507 - BELA HORIZONTE - PATO DE MINAS
FONE (35) 3421-2233

Nome

Resende, Francisco

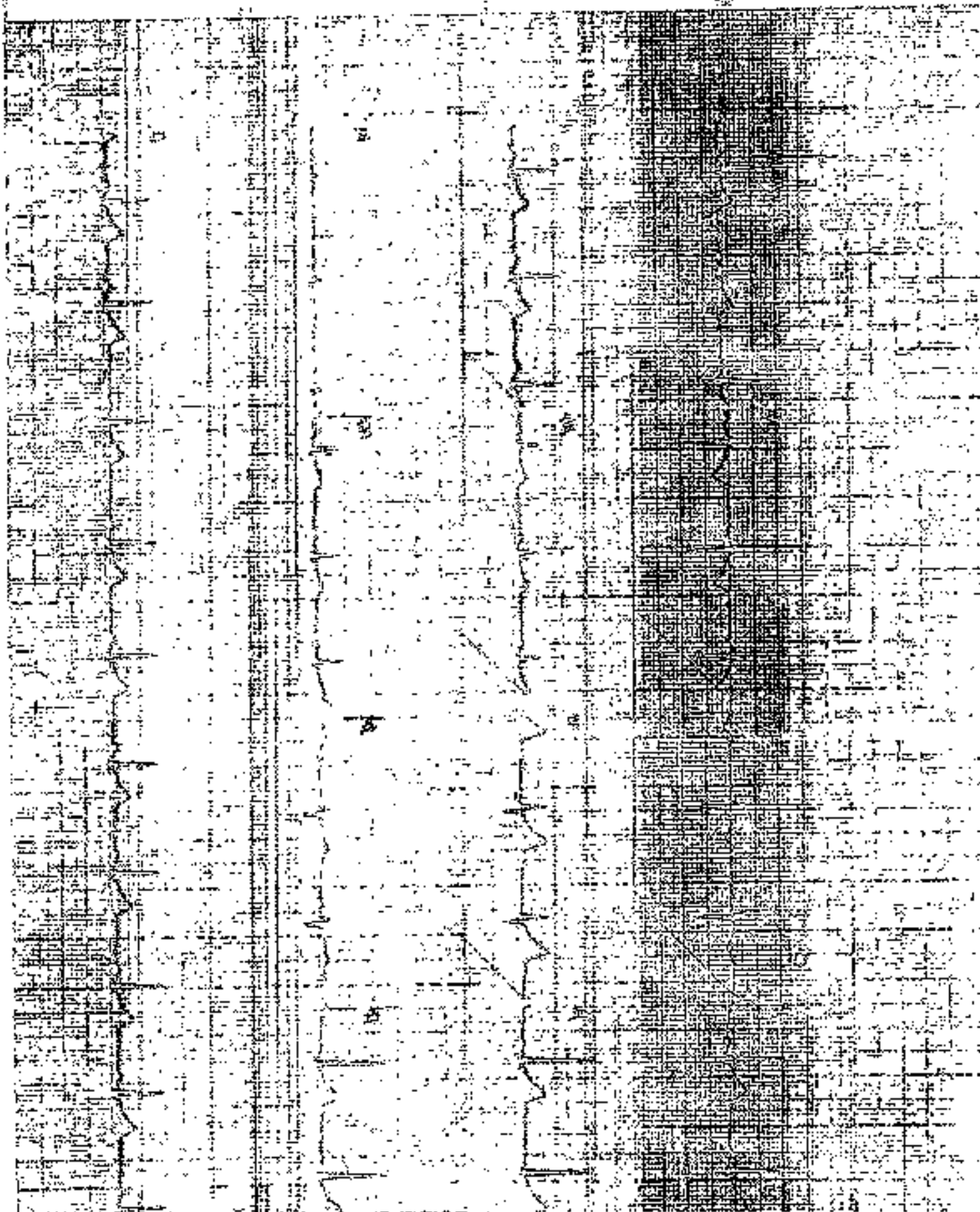
Observações

Cirurgia 10/5

Idade

30 anos

10:10



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME RENATO FEITOSA DE LIMA	
	DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF 3514485 SSDS/SP
	CPF 086.288.554-08
	DATA NASCIMENTO 26/08/1987
	FILIAÇÃO ERASMO SIQUEIRA DE LIMA A FRANCISCA FEITOSA DOS SANTOS
PERMISSÃO 	
ACC 	
CAT. HAB. AB	
Nº REGISTRO 05947841764	VALIDADE 04/06/2018
1ª HABILITAÇÃO 05/12/2013	
OBSERVAÇÕES SAO BERNARDO DO CAMPO	
Assinatura do Portador: Renato Feitosa de Lima	
LOCAL SAO BERNARDO DO CAMPO, SP	DATA EMISSÃO 03/03/2015
Assinatura do Emissor: Daniel Annenberg Daniel Annenberg Diretor Presidente do Detran SP ASSINATURA DO EMISSOR	
15044136657 SP724607471	
DETRAN SP (SAO PAULO)	

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1068946111

PROIBIDO PLASTIFICAR

1068946111

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME
JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
7092913 SDS PE

CPF DATA NASCIMENTO
081.886.574-17 06/02/1989

FILIAÇÃO
JOSE VALERIANO DE LIMA
MARIA LUZINETE BATISTA
DE LIMA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04295047969

VALIDADE
09/02/2023

1º HABILITAÇÃO
15/02/2008

OBSERVAÇÕES

Jose Otacilio Batista de Lima

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PATOS, PB

DATA EMISSÃO
05/03/2018

Assinatura

ASSINATURA DO EMISSOR

41615542015
PB036270164

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1638550962

PROIBIDO PLASTIFICAR

1638550962

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 012650210828
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
AN - COD RENAVAM - ERT - 20160100042537 - EXERCÍCIO
1 0020320902-8 00/00000000 2016
NOME
GIRACANTO POMPEU CAMPOS

CPF/CNPJ

12718156402

PLACA

PLACA ANTUA

9C2KC1610AR0174/2

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/MARCA APTC

MARCA/MODELO

HONDA/CG 150 TITAN MIX KS

CATEGORIA

2 P/149 /CT

PARTEIC

VERMELHA

DATA ÚNICA

1 TPVA PAGO EM 21/04/2016

FAIXA TPVA

V *****

PARCELAMENTO/DTAS

PREMIO TARE AUTO (R\$)

***** FISCADO P A G O

DISSEMINAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

TRAFEGAR - PE

32875

LOCAL

DATA

21/06/2016

16101

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DEVIAM TER SEU FISCADO POR SEU CARGA, APRESSOAS
TRANSISTORIAS OU ADO SEGURO DPVAT

PB Nº 012650210828 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
2016
12718156402
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
NOME 12718156402

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2016 21/06/2016

1 12718156402

PLACA

RENAVAM

MARCA/MODELO

00203209028 HONDA/CG 150 TITAN MIX KS

ANO/FAB

2009

9

9C2KC1610AR0174/2

PRÊMIO TARIFÁRIO

FIS (R\$)

DEUT/PA (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

TOTAL SEM IVA SEGURO (R\$)

SEGURO

P A G O

DATA DE QUITAÇÃO

18/04/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.248.305.000-004

www.seguradoralider.com.br

16101-1015548-20100621

JAN-2016

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190693050 **Cidade:** Imaculada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATO FEITOSA DE LIMA **Data do acidente:** 29/03/2018 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM FACE COM FRATURA DE MANDÍBULA BILATERAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 6

Sequelas permanentes: LESÃO DAS ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

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 RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

**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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190693050 **Cidade:** Imaculada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATO FEITOSA DE LIMA **Data do acidente:** 29/03/2018 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM FACE COM FRATURA DE MANDÍBULA BILATERAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 6

Sequelas permanentes: LESÃO DAS ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

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 RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

**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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: Renato Feitosa de Lima, CPF 086 288 554 08 e RG 3514485, Órgão emissor SSDS-SP, Est. Civil Recuso, profissão Recuso, Endereço Veredas João Emiliano Nunes, S/N bairro São José cidade de Imaculada - PB, CEP nº 58745-000.

OUTORGADO: JOSÉ OTACILIO BATISTA DE LIMA, brasileiro, casado, autônomo, portador do RG 7092913 SDS/PE e CPF nº 081.886.574-17, Endereço Rua Antônio Barreto, 41, Bairro Monte Castelo, cidade de Patos-PB. CEP 58707-180, contato (83)9.9131-7273/9.9142-2322.

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, Nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório- DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

VÍTIMA: Renato Feitosa de Lima, CPF: 086 288 554 08, data acidente 29 / 03 / 2018, cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Local e data: Santa Terezinha - PE, 11/12/2018

Renato Feitosa de Lima
OUTORGANTE

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE SANTA TEREZINHA

Titular: HUGO ARAÚJO MONTEIRO

Telefones: (87) 98823-3449 / 99200-7179 / 3859-1395

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE RENATO FEITOSA DE LIMA. O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ. SANTA TEREZINHA/PE, 11/12/2018. EMOLUMENTOS: R\$ 3,39 TSNR R\$ 0,80 FERM R\$ 0,04 FUNSGO R\$ 0,00 FERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,20 TOTAL R\$ 4,91. 0159897.DH212201901.00044

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



Cartório Registral e Notarial
de Santa Terezinha - PE

Dr. Hugo Araújo Monteiro
Tabelião e Registrador

Poss. Prof.º Afonso Ferreira Neto, N° 112, Centro
Santa Terezinha - PE - CEP: 56.750-000

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0446086/19

Vítima: RENATO FEITOSA DE LIMA

CPF: 086.288.554-08

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 29/03/2018

Titular do CPF: RENATO FEITOSA DE LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA : 081.886.574-17

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

RENATO FEITOSA DE LIMA : 086.288.554-08

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: 11/12/2019
Nome: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA
CPF: 081.886.574-17

JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2019
Nome: JANE APARECIDA COSTA
CPF: 619.395.799-53

JANE APARECIDA COSTA