

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190172853

Vítima: JANAINA DE ANDRADE BARROS

Data do Acidente: 13/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JANAINA DE ANDRADE BARROS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190172853

Vítima: JANAINA DE ANDRADE BARROS

Data do Acidente: 13/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JANAINA DE ANDRADE BARROS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190172853

Vítima: JANAINA DE ANDRADE BARROS

Data do Acidente: 13/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JANAINA DE ANDRADE BARROS

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



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANAINA DE ANDRADE BARROS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02211-0

CONTA: 00001000624-4

Nr. Autenticação

BRADESCO260720190500000000023702211000001000624168750 PAGO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070157/19

Número do Sinistro: 3190172853

Vítima: JANAINA DE ANDRADE BARROS

CPF: 071.245.834-46

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/10/2016

Titular do CPF: JANAINA DE ANDRADE BARROS

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/04/2019
Nome: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO
CPF: 089.205.184-16

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070157/19

Número do Sinistro: 3190172853

Vítima: JANAINA DE ANDRADE BARROS

CPF: 071.245.834-46

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/10/2016

Titular do CPF: JANAINA DE ANDRADE BARROS

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/07/2019
Nome: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO
CPF: 089.205.184-16

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Marta Marinho dos Santos

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070157/19

Número do Sinistro: 3190172853

Vítima: JANAINA DE ANDRADE BARROS

CPF: 071.245.834-46

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/10/2016

Titular do CPF: JANAINA DE ANDRADE BARROS

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/06/2019
Nome: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO
CPF: 089.205.184-16

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/06/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Marta Marinho dos Santos

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070157/19

Número do Sinistro: 3190172853

Vítima: JANAINA DE ANDRADE BARROS

CPF: 071.245.834-46

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/10/2016

Titular do CPF: JANAINA DE ANDRADE BARROS

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

JANAINA DE ANDRADE BARROS : 071.245.834-46

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/03/2019
Nome: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO
CPF: 089.205.184-16

JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORANTE:

Nome: JANAINA DE ANDRADE BARROS, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRA
Profissão: ESTUDANTE, portador(a) do RG 7.355.441, órgão expedidor SDS-PE
e do CPF: 071.245.834-96, residente no(a) RUA ANTONIO XAVIER SOBREIRA
nº 00019, bairro: CENTRO, município: SÃO JOSE BELMONTE / PE.

OUTORGADO:

Nome: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: AUTONOMO, portador(a) do RG 8.232.372, órgão expedidor SDS-PE
e do CPF: 089.205.184-76, residente no(a) RUA A. NUNES DE MAGALHAES
nº 58, bairro: NOSSA S. DA PENHA, município: SERRA TALHADA / PE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima JANAINA DE ANDRADE BARROS.

Local e Data: São Belmonete, 18/12/2018.

Janaina de Andrade Barros

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SÃO JOSE DO BELMONTE - PE
Alves de Carvalho, 32
Titular: EDIVIRGENS GOMES DE MARINS PEREIRA / Edivirgens Gomes de Marins Pereira
Telefone: (87) 38841-006 / Email: edivirgens.pereira@hotmail.com

Reconheço por autenticidade a firma de JANAINA DE ANDRADE BARROS - São José do Belmonte/PE. Dou Fé.
Edivirgens Gomes de Marins Pereira. Tabelião Públia.
Emel: R\$ 3,30, TSNR: R\$ 0,80, FERC: R\$ 0,40, ISS: R\$ 0,20. Total R\$ 4,79.

Selo: 0074398.FYNN12201801.D0882 18/12/2018 14:18:06
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 FEV 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracás - Recife / PE CEP: 52011-040

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070157/19

Vítima: JANAINA DE ANDRADE BARROS

CPF: 071.245.834-46

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/10/2016

Titular do CPF: JANAINA DE ANDRADE BARROS

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO : 089.205.184-16

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

JANAINA DE ANDRADE BARROS : 071.245.834-46

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/02/2019
Nome: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO
CPF: 089.205.184-16

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/02/2019
Nome: Isabelli Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Isabelli Antonia dos Santos Ursulino

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190172853 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANAINA DE ANDRADE BARROS **Data do acidente:** 13/10/2016 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO. PG 4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PRESENTE APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um 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: 3190172853 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANAINA DE ANDRADE BARROS **Data do acidente:** 13/10/2016 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO. PG 4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PRESENTE APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO DIREITO.

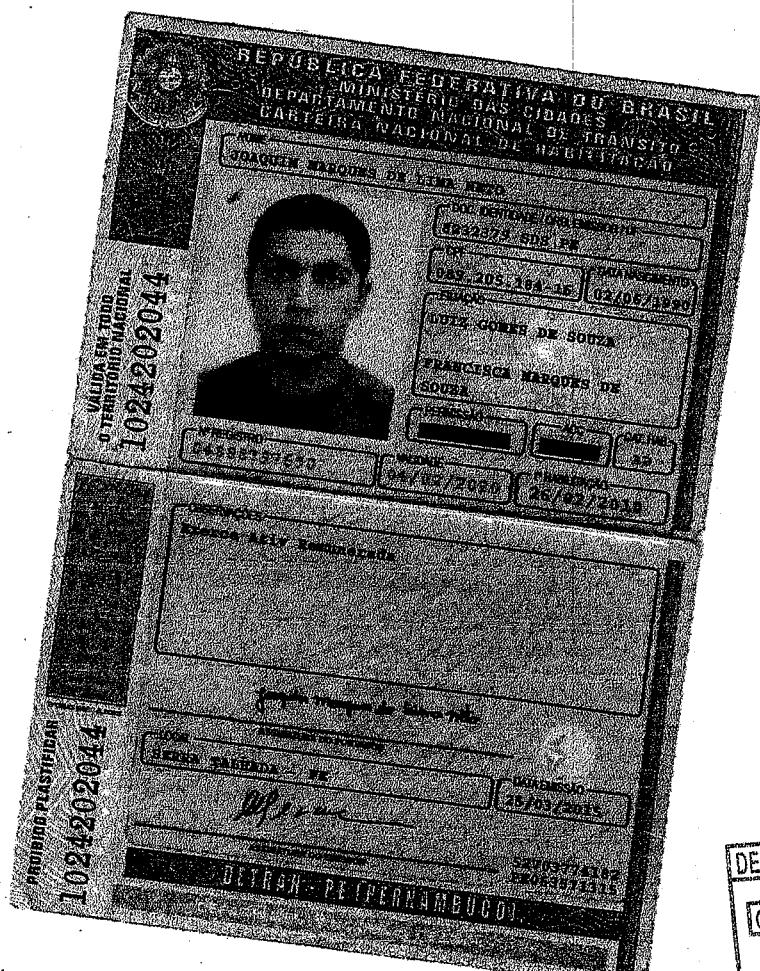
Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



DENOTRAN

SEDE DIRETIVA INFORMATIVA DO DPVAT
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
MINISTÉRIOS ESTADUAIS

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PENP 012806670170
Nº 012806670170
SIMETE DE SEGURO DPVAT

**DEPARTAMENTO DE
 PROTEÇÃO AO
 CONSUMIDOR**

DPVAT

2015

3633

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

**ESTE É O SEU ALHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatao.segurodpvat.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204**

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

DECLARAÇÃO

Eu, Janaina de Andrade Barros, RG nº 7.355.441, CPF nº 071.245.834-46, venho através do presente instrumento, declarar que não consigo localizar o Sr. Ivanildo Lima Pereira, pessoa cuja qual a motocicleta Honda/nxr160 Bros, placa PCZ8917, chassi nº 9C2KD0810FR201144 encontrava-se licenciada na época do meu acidente (13/10/2016) e, por tal razão, venho solicitar a Seguradora Líder que isente o meu pedido indenizatório da **DECLARAÇÃO DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO**. Ao mesmo tempo, adianto que estou disponível para uma auditoria realizada por parte da seguradora em pauta, para que se comprove a veracidade das informações aqui inseridas.

Grata,

São José do Belmonte/PE, 18/22/2018.

· Janaina de Andrade Barros.
DECLARANTE



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE

Titular: EDIVIRGENS GOMES DE MARINS PEREIRA

Telefone: (87) 38841-006

Rua José Alves de Carvalho, 32

Tel.: (87) 84-1006 / São José do Belmonte - PE

Edivirgens Gomes de Marins Pereira

TABOADA E OFICIAL PRIVATIVA DE PROTESTO

Reconheço por autenticidade a firma de JANAINA DE ANDRADE BARROS. São José do Belmonte/PE. Dou Fé.

Edivirgens Gomes de Marins Pereira. Tabelião Públca.

Email: R\$ 3,39, TSNR: R\$ 0,80, FERC: R\$ 0,40, ISS: R\$

0,20. Total R\$ 4,79.

Caixa Postal 12201801.00883 18/12/2018 11:16:06

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

Selo: 0076898 MOR12201801.00883 18/12/2018 11:16:06

CARTA DE ECLARECIMENTO

EU JANAINA DE ANDRADE BARROS VENHO INFORMO A SEGURADORA LIDER QUE A MOTO QUE SOFRI O ACIDENTE QUE ESTA NO NOME DA PESSOA DE IVANILDO LIMA PEREIRA E QUE NÃO CONSIGO LOCALIZAR O MESMO PARA ASSINAR A DECLARAÇÃO DO PROPRIETARIO DO VEICULO VENHO ATRAVEZ DESTA DECLARAR QUE A MOTOCICLETA QUE EU SOFRI O ACIDENTE SE ENCONTRA EM MINHA POSSE ATÉ HOJE E ESTOU DISPONIVEL PARA PRESTAR QUALQUER ECLARECIMENTO OU MIM SUBMIETER AUDITORIA SE FOR O CASO MAS NÃO POSSO DEIXAR DE RECEBER MINHA INDENIZAÇÃO POR CONTA DESSA PENDENCIA POIS MIM ENCONTRO COM SEQUELAS GRAVES E ESTOU DISPONIVEL A QUALQUER HORA E DIA E MOMENTO A PRESTA ECLARECIMENTOS SOBRE O ACIDENTE E AO CASO DE NÃO TER ENCONTRADO O PRIMEITARIO QUE O VEICULO SE ENCONTA EM NOME .

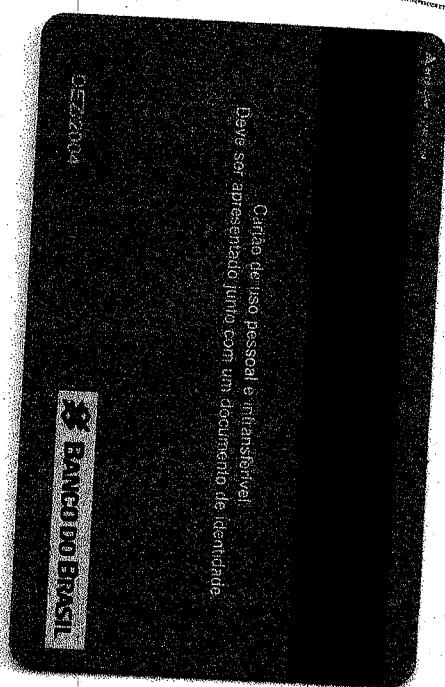
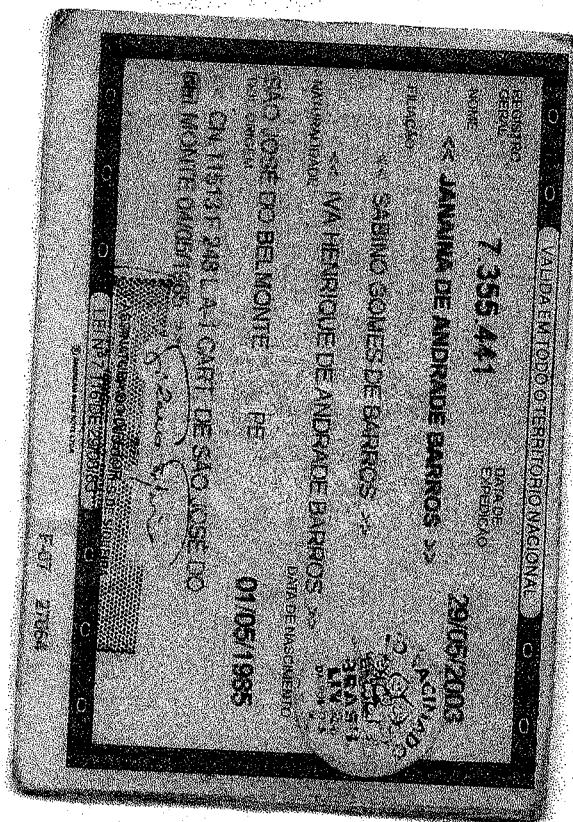
GRATO.

SERRA TALHADA/PE , 01/04/2019

Janaina de Andrade Barros

JANAINA DE ANDRADE BARROS





Deve-se apresentar documento com foto
Cartão de uso pessoal e infantil servirá!

Paciente...: JANAINA ANDRADE BARROS
Endereço...: AVENIDA EUCLIDES DE CARVALHO 197
Cidade....: SAO JOSE DO BELMONTE
Nascimento: 01/05/1985
ETNIA.....: PARDA
Cart. SUS.: 16224783000500011
Mae: IVA HENRIQUE DE ANDRADE BARROS. Pai:

Prontuário: **00005362**
Bairro.....: CACIMBA NOVA
Cep.....: 56950000
Idade.....: 31 Anos
Est.Civil.: SOLTEIRO(A)
Profissao.: VENDEDORA
GOMES DE BARROS

Atendimento Atual: 000018

Nº de Registro: 00110637 13/10/2016

Médico: BENAN BINTO

Origen: CONSULTA

Procedimento:

Atendente: IVANILDO

Convenio: SUS AMBULATORIO

Unidade: SUS AMBULATORIO

Plane...;

Nº Carteira:

DADOS DESTE ATENDIMENTO:

Peso: 65 clq Altura: 1m60
 Síndrome de cretinismo
 Tensão Repro: 0-100 cm
 PESO: _____ ESTATURA: _____ cm PC: _____ cm
 ALIMENTO SO NO PEITO () SIM () NAO ALIMENTACAO ADEQUADA () SIM () NAO
 EXAME FISICO NORMAL () SIM () NAO EXAME FISICO MOTOR NORMAL () SIM () NAO
 ESTADO VACINAL ATUALIZADO () SIM () NAO EXAME FISICO MOTOR NORMAL () SIM () NAO

QUEIXA PRINCIPAL, HDA, ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES, CONDIÇÕES SOCIAIS, ATENDEMENTOS PATOLOGICOS DURANTE

Junto i ser hys a syster
graderade

Procedure

EXAMES SOLICITADOS E CONDUZ

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DOVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26-FEV-2019

Gente Seguradora S/A

Avenida Barbosa Machado, 5
Terácas - Recife/PE CEP: 52011-040

D:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

COD. PROC. SUS.

ENCALHEAMENTO

137 LETTERS OF THE UNITED STATES GOVERNMENT

3- () OUTRO PROFESSOR DE CURSO

GTR

1-1 VALTO 3-() OUTRO PROFESSOR QUIL:
1-2 Continuacão de internamento regulatório 3-() INTERNAMENTO QUIL:

Assinatura MEXICO 26/09/2011

Assinatura Paciente (Responsável)

FECHA DE ANESTESIA

Data

Hospital

Acomod.

17/04/18

HOSPITAL SÃO FRANCISCO

Gr

CRM

Nome do Anestesista

JANAINA DE SANTOS DE SOUZA

Nome do Cirurgião

OPREGEN

Sexo

F

M

O

F

I

D

R

Cor

P

O

B

A

G

E

R

S

C

D

I

L

M

N

S

T

U

V

W

X

Y

Z

Medicação Pré-anestésica

Cirurgia

Urgência

NÃO

SIM

Int + Int Platô + Fiduc.

Horário

O₂N₂O

Líquidos

SaO₂ETCO₂

ECG

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

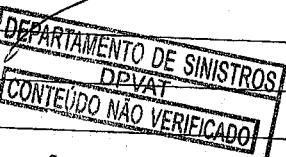
Anotações

Drogas Usadas

Quantidade

Benzodiazepina
Ketamine
Cocaína
X

Técnica Anestésica

Ranitidine
aztreonam
metoclopram
fexofenadina

26 FEV 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 716 Loja 5
Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040

Monitorização

- Cardioscópio
- Oxímetro
- PNI
- Sonda Vesical
- Capnôgrafo
- Estet. Pré-Cordial
- Outros
- BIS
- Temperatura
- Swan-Ganz
- Analisador Gases
- PVC
- Estimulador de Nervo
- Linha Arterial
- Volemia IBP Plus

Ericaminhado

- Acordado
- Sonolento
- Intubado
- SRPA
- Ipart/Enf
- UTI
- Externo

Intercorrência:



NÃO

SIM

Descrever:

Observações



HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

Rua Vereador Silvino Cordeiro, 384 - AABB - Serra Talhada - PE
Fone/Fax: (87) 3831.3736 / 3831.2142 - CEP: 56.912-110
CNPJ: 41.095.563/0001-98 email: csf184@hotmail.com

CLÍNICA

Unidade Ráttice

Número do Registro: 35983

Data: 16/10/14

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Fernânia de Andrade Barros

Idade: 33

Sexo: F

Cor:

Estado Civil:

Soterrado

Profissão: Agricultora

Naturalidade:

Nacionalidade: B

Endereço:

Rua: Av. Euclides de Carvalho

Nº:

Bairro: Cacimba Rei

Idade: Sao F- do Belmonte

Estado:

PE

Fone:

Filiação:

Pai: Salvino Gomes de Barros

Mãe: Ela Henrique de Andrade Barros

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Tiques no pescoço sent
na face cicatriz

Hipótese Diagnóstica:

① fnt ossos no couro

Exames Solicitados:

PY

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 FEV 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracás - Recife / PE CEP: 52011-040

Condições de Alta

Motivo de Alta

Cirurgia Realizada:

Int g RA Gláucio Lins

N.º do Procedimento:

Data:

17/02/14

Início:

Término:

Cirurgião:

Eduardo

1.º Auxiliar:

2.º Auxiliar:

Anestesista:

- (1) Dto
- (2) Descontar
- (3) Remoção de 15 mm de plástico + perfuração
- (4) sutura e cura

Dr. Eduardo A. Silva
CRM-PE/13253
C.G.E. 15.122
C.E.M. 9.95.5.0112





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, Ivanildo Lima Pereira

RG nº 3639766, data de expedição 25/04/2000

Órgão SDS / PE, portador do CPF nº 013.362.014-55

com domicílio na cidade de São José do Belmonte, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Edmundo Alves Cavalcante, nº 18,

complemento casão, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima JANAINA DE ANJOS BARROS, cujo o condutor era

JANAINA DE ANJOS BARROS

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/NXR 150 DROS Ano: 2015

Placa: PCZ 8917 Chassi: 9C2KJ0810FR201K4

Data do Acidente: 13/10/2016

Local e Data: São José do Belmonte/PE, 15/07/2019

Ivanildo Lima Pereira

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUL 2019

Brasile Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE
TITULAR: EDIVIRGENE GOMES DE MARINS PEREIRA
Telefone: (87) 38841-006

Reconheço por autenticidade a firma de IVANILDO LIMA PEREIRA. São José do Belmonte/PE. Dou Fé. Edivirgena Gomes de Marins Pereira. Tabelião Públia. Emol: R\$ 3,39. TSNR: R\$ 0,60. FERM: R\$ 0,04; FUNSEG: R\$ 0,08; FERC: R\$ 0,40. ISS: R\$ 0,20. Total R\$ 4,91.

Carimbo de justiça
Selos: 0071398.MDHB6201901.00446 15/07/2019 12:04:34
Consulta autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

0070157/19

CARTA DE ESCLARECIMENTO

EU JANAINA DE ANDRADE BARROS VENHO INFORMO A SEGURADORA LIDER QUE A MOTO QUE SOFRI O ACIDENTE QUE ESTA NO NOME DA PESSOA DE IVANILDO LIMA PEREIRA E QUE NÃO CONSIGO LOCALIZAR O MESMO PARA ASSINAR A DECLARAÇÃO DO PROPRIETARIO DO VEICULO VENHO ATRAVEZ DESTA DECLARAR QUE A MOTOCICLETA QUE EU SOFRI O ACIDENTE SE ENCONTRA EM MINHA POSSE ATÉ HOJE E ESTOU DISPONIVEL PARA PRESTAR QUALQUER ECLARECIMENTO OU MIM SUBMETER AUDITORIA SE FOR O CASO MAS NÃO POSSO DEIXAR DE RECEBER MINHA INDENIZAÇÃO POR CONTA DESSA PENDENCIA POIS MIM ENCONTRO COM SEQUELAS GRAVES E ESTOU DISPONIVEL A QUALQUER HORA E DIA E MOMENTO A PRESTA ESCLARECIMENTOS SOBRE O ACIDENTE E AO CASO DE NÃO TER ENCONTRADO O PRIMEITARIO QUE O VEICULO SE ENCONTRA EM NOME .

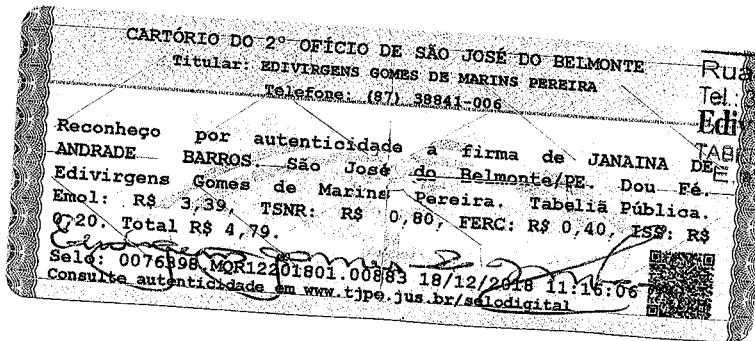
GRATO.

SERRA TALHADA/PE , 01/04/2019



Janaina de Andrade Barros

JANAINA DE ANDRADE BARROS



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/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 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 089.205.984 / 176, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JANAINA DE ANDRADE BARROS inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.245.834 / 46,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JANAINA DE ANDRADE BARROS,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.245.834 / 46, 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 AGOSTINHO NUNES DE MAGALHÃES</u>	Número: <u>58</u>	Complemento: <u>1º ANDAR</u>
Bairro: <u>NOSSA S. DA PENHA</u>	Cidade: <u>SERRA TALHADA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>JOAQUIM NETO 769 @ GMAIL.COM</u>	CEP: <u>56903-510</u>	Tel.(DDD): <u>(87) 98.8467128</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE, 13/02/2019

Joaquim Marques de Lima Neto
Assinatura do Declarante



CARTA DE ESCLARECIMENTO

EU JANAINA DE ANDRADE BARROS INFORMO A SEGURADORA LIDER QUE A MOTO QUE SOFRI O ACIDENTE QUE ESTA NO NOME DA PESSOA DE IVANILDO LIMA PEREIRA E QUE NÃO CONSIGO LOCALIZAR O MESMO PARA ASSINAR A DECLARAÇÃO DO PROPIETARIO DO VEICULO VENHO ATRAVEZ DESTA DECLARAR QUE A MOTOCICLETA QUE EU SOFRI O ACIDENTE SE ENCONTRA EM MINHA POSSE ATÉ HOJE E ESTOU DISPONIVEL PARA PRESTAR QUALQUER ECLARECIMENTO OU MIM SUBMETER AUDITORIA SE FOR O CASO MAS NÃO POSSO DEIXAR DE RECEBER MINHA INDENIZAÇÃO POR CONTA DISSO .

GRATO.

SERRA TALHADA/PE , 15/03/2019



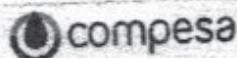
Fossiles de Archachosaurus

JANAINA DE ANDRADE BARROS

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE
TITULAR: EDIVIRGENS GOMES DE MARTINS PEREIRA
Telefone: (87) 38881-006

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JANAINA DE ANDRADE BARROS, São José do Belmonte/PE. Dou Fé.
Edivirgens Gomes de Marins Pereira. Tabelia Pública.
Emol: R\$ 3,39, TSNR: R\$ 0,80, FERCI: R\$ 0,40, ISS: R\$ 0,20. Total R\$ 4,79.

Selo: 0076398 PTN19201801.00882 18/12/2018 14:16:00
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seadoligital



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

ATENDIMENTO: RUA ANTONIO XAVIER SCIREIRA - NUM. - 00319 - CE
NTRÓ SAO JOSE DO BELHONTE PE 56950-000

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 22963390	DAT. / 2018
IVA HENRIQUE DE ANDRADE BARROS AV EUCLIDES DE CARVALHO, N. 00107 E PE 56950-000		CENTRO SAO JOSE DO BELHONTE INSCRIÇÃO: 135 610 314 00084 950 GRU 3 14 CER AUTOMÁTICO: 022963390	
SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
LIGADO	POTENCIAL	1	
HIDÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)
A12B304111	09/10/2018	09/11/2018	MÉDIA HD

ÁGUA:
LEIT ANT: 498 CONSUMO: 8
LEIT ATU: RECURRENCIA TAXA H
LEIT FAT: 588

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

09/2018 10
08/2018 07
07/2018 09
06/2018 09
05/2016 09
04/2018 05

MÉDIA: 06

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS			
	EXIG.	PORT.	ANALISES	ATENDIMENTO
TURBIDEZ	24	24	24	24
COR APARENTE	24	24	24	24
CLORO RESIDUAL	24	24	24	24
COLIF. TOTAI	24	24	24	24
E. COLI	24	24	24	24

QUDADE DE ÁGUA: www.compresa.com.br
OBJS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO TOTAL (R\$)

8 13 41,30

MULTA P/ IMPONTEUALIDADE 09/2018

0,33

JUROS DE HORA 08/2018

0,15

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 MAR 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

ABRUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPÔTO
0,00	41,30	1,65 7,60	0,68 3,14

VENCIMENTO: 20/11/2018

TOTAL A PAGAR: 42,28

NENHUM:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
2019-03-19 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040



LÍNEA SOCIAL DE ENERGIA ELÉCTRICA Creada para los vulnerables
NOTA FISCAL + FATURA = CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE

JOSE LUIS MARQUES DE SOUZA
RG-0878800082-MT-PE

CPF: 082.694.484-19

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL
COMERCIAL

048873071	UNICA	15/01/2019
15/01/2019	2002761006	3675493

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

BIA AGOSTINHO NUNES MAGALHÃES 51

N SA DA PENHA/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56903-510

CONTA CONTRATO **MES/ANO**
4009422396 **01/2019**
DATA DE VENCIMENTO **DATA PRAZADA PAGAMENTO**
22/01/2019 **13/02/2019**
TÍTULO A PAGAR (R\$)

DESCRIÇÃO DO ITEM DA FICHA			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	228,000000	0,71978022	164,83
Contrib. ilum. Pública Municipal			26,82
ICMS Subvenção-CDE-NF 039051425-14/11/18			1,56
Multa por atraso-NF 039051425 - 14/11/18			4,22
Juros por atraso-NF 039051425 - 14/11/18			2,98

TOTAL DA FATURA 200,10

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Mês	Ano	BASE DE CALCULO	%	VALOR DEPOSTO	Categoria do Preço	R\$	%
JAN19	229				Tremens	R\$ 7,91	4,80
DEZ18	307				Distribuição(Celpe)	R\$ 38,99	22,44
NOV18	271	ICMS	164,83	25,00	Péndas de Energia	R\$ 11,63	7,08
OUT18	361	PIS	164,83	0,45	Encargos Salariais	R\$ 9,52	5,76
		COFINS	164,83	0,74	Tributos	R\$ 45,38	27,57
SET18	229				Total	R\$ 164,83	100
AUG18	226						
JUL18	243						
JUN18	204						
MAR18	231						
ABR18	230						
MAR18	211						
FEV18	233						
JAN18	198						
Consumo Privado (KWh)		TAREIAS APPLICADAS			RESERVAÇÃO FÍSICA		
					BE13.8AC8.ECBF.1880.BDD5.B51B.8573.7000		

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pague no prazo de 10 dias. Vencido o prazo constante na fatura ou no carnê com multa sobrecevendo-se à data da penúltima f. e/ou, pagaço prazo de 10 dias para pagamento da dívida. Caso não seja pago dentro desse prazo, a dívida passará a vigorar vaga de 10% a.a. e multa de 10% a.m. O cliente é responsável quando houver violação no contrato individual ou no nível de fornecimento. Pago, em atraso, gera multa 20% (vinte por cento) (414MEEL), taxa 1% (um por cento) (10,483MEEL) e atualização monetária no próximo mês. O Cliente é responsável pelo pagamento da multa de atraso, bem como pelo pagamento do prazo definido para as pendentes de abastecimento comercialmente. Em caso de faltas de fornecimento, o fornecedor deve informar ao cliente, através de cartas de comunicação, informando a data e hora de retorno da energia.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO!

10. The following table shows the number of hours worked by 1000 workers.

Vencido	Disponível	Valor	Venda	Desconto	Valor
14/03/2019	14/03/2019	R\$ 100,00	R\$ 100,00	R\$ 0,00	R\$ 100,00

As condições gerais de formação (Resolução ANEEL 41/2010), termos, contratos, serviços prestados e insumos encontram-se disponibilizados, constitui, em nossas unidades de atendimento e no site www.caixa.com.br.

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do faturamento persista por mais de 30 dias, o faturamento poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 167-A/14 da ANATEL. Poderá ocorrer ação de cobrança, haja causa inclusão nos registros das restrições de

DURADAS E FREQUÊNCIA DAS INTERAÇÕES					
CONJUNTO	INÍCIO DE ANO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	LIMITE DIÁRIO
DIC	0,00	5,93	10,66	21,73	0,00
FIC	0,00	3,36	6,72	13,45	0,00
DMG	0,00	3,11	6,00	0,00	0,00

TENSÃO MATERIAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	MINIMO 211 MAXIMO 231

CONTAS CONTROLE **MESANHO2019** **DATADANE2019** **TOTAL A PAGAR (R\$)** **200,11**

83810000000270011001100130009422396102153877169036



Paciente...: JANAINA ANDRADE BARROS
Endereço...: AVENIDA EUCLIDES DE CARVALHO 197
Cidade....: SAO JOSE DO BELMONTE
Nascimento: 01/05/1985
ETNIA....: PARDA
Cart. SUS.: 16224783000500011
Mae: IVA HENRIQUE DE ANDRADE BARROS.

Prontuário: 00005362
Bairro....: CACIMBA NOVA
Cep.....: 56950000
Idade....: 31 Anos
Est.Civil.: SOLTEIRO(A)
Profissao.: VENDEDORA
Pai: SABINO GOMES DE BARROS

Atendimento Atual: 000018

Nº de Registro: 00110637 13/10/2016

Médico: RENAN PINTO

Origen: CONSULTA

Procedimento:

Atendente: IVANILDO

Convênio: SUS AMBULATORIO

Unidade: SUS AMBULATORIO

Plano...:

Nº. Carteira:

DADOS DESTE ATENDIMENTO:

Paciente com Prostase
Refluxo gástrico prodrômico
sintomas de resfriado e dor
familiar. Repete ores fármaco no dia
PESO: 9 ESTATURA: cm PC: cm
ALIMENTO SO NO PEITO () SIM () NAO ALIMENTACAO ADEQUADA () SIM () NAO
EXAME FISICO NORMAL () SIM () NAO EXAME FISICO MOTOR NORMAL () SIM () NAO
ESTADO VACINAL ATUALIZADO () SIM () NAO EXAME FISICO MOTOR NORMAL () SIM () NAO

QUEIXA PRINCIPAL, HDA, ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES, CONDIÇÕES SOCIAIS, ATENDENTES PATOLÓGICOS, EXAME FÍSICO, ETC

Sintomas: Sintomas de resfriado
e dor abdominal.

Paciente dentro da rede

EXAMES SOLICITADOS E CONDUTA:

HIPÓTESE DIAGNOSTICA:

COD. PROC. SUS:

BINCAMPEAMENTO:

1- () ALTA 2- () INTERNAÇÃO

3- () OUTRO PROFISSIONAL QUAL:

Continuação de: () Ambulatório 5- () INTERNAMENTO

QUAL:



CID:

Assinatura Médico c/ Carimbo

Assinatura Paciente (Responsável)

O C. (Assinatura) 1 - T G 1630
data: 2019-10-13



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

ATENDIMENTO: RUA ANTONIO XAVIER SOARES - NUM. - 00319 - CE
NTRÔ SAO JOSE DO BELMONTE PE 56050-000

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 02969390 04/10/2018	
IVA HENRIQUE DE ANDRADE BARROS			
AV EUCLIDES DE CARVALHO, N. 00197 - CENTRO SAO JOSE DO BELMONT		E PE 56050-000	
INSCRIÇÃO: 135.820.310-0004-95		GRUPO: 14 DEB AUTOMATICO: 022969390	
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA	
HIDRÔMETRO A128304111	DATA LEIT. ANTERIOR 09/10/2018	DATA LEIT. ATUAL 09/11/2018	TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA HD

ÁGUA:

LEIT ANT: 498 CONSUMO: 8
LEIT ATU: RECORRENÇIA TAXA N
LEIT FAT: 508

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO

09/2018	10	TURBIDEZ	NÚMERO DE AMOSTRAS			
			EXIG.	PORT.	ANALISES	ATENDEM.
08/2018	07	COR APARENTE	24	24	24	24
07/2018	09	CLORO RESIDUAL	24	24	24	24
06/2018	09	COLIF. TOTais	24	24	24	24
05/2018	09	F. VDL	24	24	24	24
04/2018	05					

MÉDIA: 08

Qualidade de Água: www.compresa.com.br

OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO

TOTAL(R\$)

8 M3 41,30

0,83

MULTA P/IMPONTUALIDADE 09/2018

0,15

JUROS DE MORA 08/2018

0,15

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS COFINS	41,30	1,65	0,68
	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 20/11/2018

TOTAL A PAGAR: 42,28

MENSAGEM:



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	071.245.834-46	JANAINA DE ANDRADE BARROS		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: JANAINA DE ANDRADE BARROS		CPF: 071.245.834-46		
Profissão: ESTUDANTE	Endereço: RUA ANTONIO XAVIER SOBREIRA	Número: 00019	Complemento: CASA	
Bairro: CENTRO	Cidade: SÃO JOSE DO BELMONTE	Estado: PE	CEP: 56950-000	Tel.(DDD): 87) 98846-7128
E-mail: JOAQUIM NETO 769 @ GMAIL.COM				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R 3.001,00 ATÉ R 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R 7.001,00 ATÉ R 10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R 1.001,00 ATÉ R 3.000,00 | <input type="checkbox"/> R 5.001,00 ATÉ R 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R 10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2211

CONTA: 100624

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos Falecidos Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 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 referente ao SINISTRO DPVAT

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Janaina de Andrade Barros

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 FEV 2019

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040

Assinatura

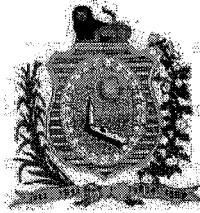
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

507408
0070157119



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 178ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE -
DP178ªCIRC DINTER2/21ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **16E0268000925**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/10/2016** às **17:23**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **13/10/2016** às **11:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA OSMAR FONSECA DE MENEZES, 1** - Bairro: **CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CASTELO**

ARMORIAL

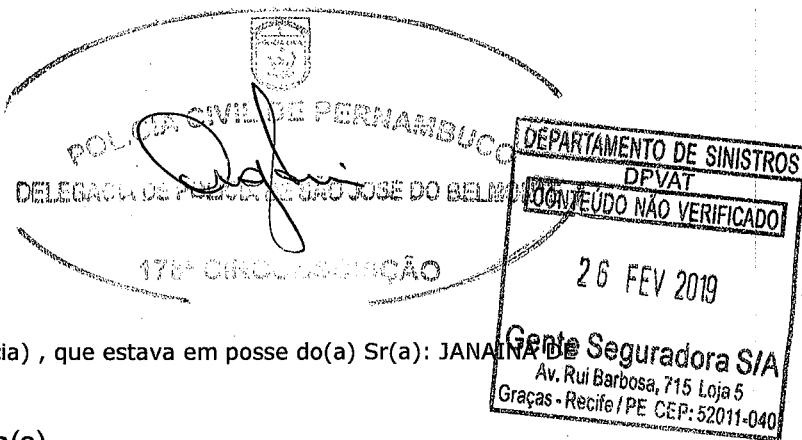
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO HOUVE (AUTOR \ AGENTE)
IVANILDO LIMA PEREIRA (OUTRO)
JANAINA DE ANDRADE BARROS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JANAINA DE ANDRADE BARROS



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

JANAINA DE ANDRADE BARROS (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **IVA HENRIQUE DE ANDRADE BARROS** Pai: **SABINO GOMES DE BARROS** Data de Nascimento: **1/5/1985** Naturalidade: **SAO JOSE DO BELMONTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7355441/SDS/PE (RG), 07124583446 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE**
Endereço Residencial: **AVENIDA EUCLIDES DE CARVALHO (AVENIDA CENTRAL), 197 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

IVANILDO LIMA PEREIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **IVANILDO LIMA PEREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JANAINA DE ANDRADE BARROS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCZ8917** (PERNAMBUCO/SAO JOSE DO BELMONTE) Renavam: **105724484** Chassi: **9C2KD0810FR201144**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

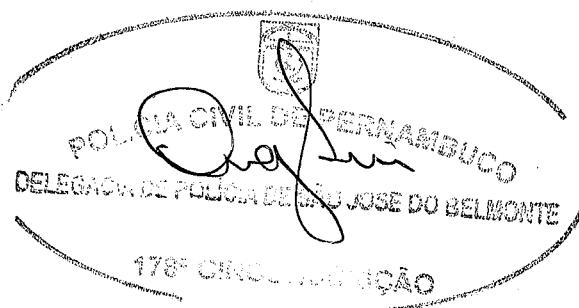
Complemento / Observação

CONFORME RELATO DA VITIMA, A MESMA SE DESLOCAVA DE SUA RESIDENCIA , SITUADA NO BAIRRO CACIMBA NOVA DESTE MUNICIPIO, SENTIDO CENTRO COMERCIAL, PILOTANDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCrita, QUANDO NAS PROXIMIDADES DO CASTELO ARMORIAL, FOI SURPREENDIDA POR UM FIO TELEFONICO QUE SE ENCONTRAVA PENDURADO A UMA ALTURA DE POUCO MENOS DE 1,50 METROS DO SOLO. NA OCASIAO, A COMUNICANTE TEVE SEU PESCOÇO LAÇADO PELA FIACAO, SENDO ABRUPTAMENTE ARRANCADA DE CIMA DA MOTOCICLETA E, PROJETADA AO CHAO.A SENHORA JANAINA FOI SOCORRIDA POR POPULARES A UNIDADE MISTA AUTA MAGALHAES E EM SEGUITA REMOVIDA PARA O HOSPAM EM SERRA TALHADA.POR FIM A COMUNICANTE CONTA QUE SOFREU VARIAS LESOES PELO CORPO ENTRE ELAS UM CORTE PROFUNDO NO PESCOÇO E A FRATURA DE UMA DAS PERNAS.NO DIA DO ACIDENTE A MOTOCICLETA ESTAVA EM NOME DE IVANILDO LIMA PEREIRA.

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

**JANAINA DE ANDRADE BARROS
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **ANDRELINO GENERINO LINS** - Matrícula: **2209942**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	071.245.834-46	JANAINA DE ANDRADE BARROS		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: JANAINA DE ANDRADE BARROS		CPF: 071.245.834-46		
Profissão: ESTUDANTE	Endereço: RUA ANTONIO XAVIER SOBREIRA	Número: 00019	Complemento: CASA	
Bairro: CENTRO	Cidade: SÃO JOSE DO BELMONTE	Estado: PE	CEP: 56950-000	Tel.(DDD): 87) 98846-7128
E-mail: JOAQUIM NETO 769 @ GMAIL.COM				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R 3.001,00 ATÉ R 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R 7.001,00 ATÉ R 10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R 1.001,00 ATÉ R 3.000,00 | <input type="checkbox"/> R 5.001,00 ATÉ R 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R 10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2211

CONTA: 100624

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 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 referente ao SINISTRO DPVAT

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 FEV 2019

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Bradesco

Dia & Noite

BDN - BRADESCO DIA E NOITE

EXTRATO CONTA POUPANCA FACIL
JANAINA DE ANDRADE BARROS
AGENCIA 2211 CONTA 1000624-4

TERM. 052137
12:04 HRS
18/DEZ/2018

DISPONIVEL

- TOTAL DISPONIVEL	1000000
+ CONTA POUPANCA FACIL	100166
SD DEPOS A PARTIR 4/5/12	100166
 TOTAL DE RECURSOS	100166

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS

NOVA POUPANCA - DEPOSITOS A PARTIR DE 4/5/12	DIA DO ANIVERSARIO	SALDO EM 18/12/2018	RENDIMENTO(S)
	09	6,65	0,02
	10	100166	0,00
	TOTAL		0,02

EXTRATO CONSOLIDADO

OUTUBRO/2018		
DIA	HISTORICO	N.DOC TO
09	SALDO ANTERIOR	100166
NOVEMBRO/2018		
09	RENDIMENTOS 0903715 Poup Facil-Depos A Partir 4/5/12	0,02
	S A L D O	100166
DEZEMBRO/2018		
10	RENDIMENTOS 0903715 Poup Facil-Depos A Partir 4/5/12 TRF CP AUTOAT 4200292 GEORGE DE LEMOS BARBOZA	0,02
	SALDO TOTAL	100166

Demonstrativo para simples conferencia.

Sujeito a alteracoes ate o final do dia.

Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.

SAC Alo Bradesco - 0800 7048383.

Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.

Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Devidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h DPVAT

de segunda a sexta-feira, exceto feriados NAO VERIFICADO

A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF

esta disponivel no Autoatendimento e Internet TV 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracis - Recife/PE CEP: 52011-040



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **3190 J 72853** CPF da vítima: **071.245.834-46** Nome completo da vítima: **JANAINA DE ANDRADE BARROS**

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

Nome completo: JANAINA DE ANDRADE BARROS	CPF: 071.245.834-46		
Profissão: ESTUDANTE	Endereço: AV. EUCLIDES DE CARVALHO	Número: 10197	Complemento: CASA
Bairro: CENTRO	Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE	Estado: PE	CEP: 56950-000
E-mail: JOAQUIMNETO 769.Q@gmail.com		Tel.(DDD): 071998467128	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: **2211**

(Informar o dígito se existir)

CONTA: **1000624**

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 32, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5

Recife - PE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

Sim Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: **19/03/2015**
Nome: _____
CPF: _____

[*] Assinatura de quem assina A ROGO

Janaina de Andrade Barros
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CPF: _____ DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Assinatura

19 MAR 2019

2º | Nome: _____

CPF: _____

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5

Recife - PE

[*] A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Bradesco

Dia & Noite



BON - BRADESCO DIA E NOITE

EXTRATO CONTA POUPANCA FACIL TERM.052137
 JANAINA DE ANDRADE BARROS 12:04 HRS
 AGENCIA 2211 CONTA 1000624-4 18/DEZ/2018

DISPONIVEL

= TOTAL DISPONIVEL	000000
+ CONTA POUPANCA FACIL	000000
SD DEPOS A PARTIR 4/5/12	000000

TOTAL DE RECURSOS	000000
-------------------------	-------------------

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS

NOVA POUPANCA - DEPOSITOS A PARTIR DE 4/5/12	DIA DO ANIVERSARIO	SALDO EM 18/12/2018	RENDIMENTO(S)
09	18/12/2018	6,65	0,02
10		0000	0,00
TOTAL			0,02

EXTRATO CONSOLIDADO

—OUTUBRO/2018—

DIA	HISTORICO	N.DOC TO	VALOR
09	SALDO ANTERIOR		000
NOVEMBRO/2018			
09	RENDIMENTOS 09083715		0,02
	Poup Facil-Depos A Partir 4/5/12		
	S A L D O		0000
DEZEMBRO/2018			
10	RENDIMENTOS 09083715		0,00
	Poup Facil-Depos A Partir 4/5/12		
	TRF CP AUTOAT 4200292		100,00
	GEORGE DE LEMOS BARBOZA		
	SALDO TOTAL		100,00

Demonstrativo para simples conferencia.

Sujeito a alteracoes ate o final do dia.

Fone Facil - 0800 0022 / 0800 578 0022.

SAC Alo Bradesco - 0800 7048363.

Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.

Atendimento 24 horas, 7 dias por semana. DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h às 18h. DPVAT
 de segunda a sexta-feira, exceto feriados. CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF
 esta disponivel no Autoatendimento e Internet. 2018

Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190172853**

Vítima: JANAINA DE ANDRADE BARROS

Data do Acidente: 13/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANAINA DE ANDRADE BARROS

Informamos que o pagamento da indenização o 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: JANAINA DE ANDRADE BARROS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000002211-0

Conta: 000001000624-4

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, retorno 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190172853

Vítima: JANAINA DE ANDRADE BARROS

Data do Acidente: 13/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JANAINA DE ANDRADE BARROS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

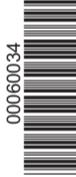
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190172853

Vítima: JANAINA DE ANDRADE BARROS

Data do Acidente: 13/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JANAINA DE ANDRADE BARROS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

