

**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



---

**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



---

**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: 000001000624-4

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](http://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

JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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](http://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

JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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](http://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

JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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](http://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

### OUTORGANTE:

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

### OUTORGADO:

Nome: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO  
Profissão: AUTÔNOMO, portador(a) do RG 8.232.379, órgão expedidor SSS-PE  
e do CPF: 089.205.184-76, residente no(a) RUA A. NUNES DE MAGALHÃES  
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: Sf Belmonte, 18/12/2018.

Janaina de Andrade Barros

Assinatura do outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)

**CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO**

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

Reconheço por autenticidade a firma de JANAINA DE ANDRADE BARROS. São José do Belmonte/PE. Dou Fé. Edivirgens Gomes de Marins Pereira. Tabela Pública. Emel: R\$ 3,39, TSNR: R\$ 0,80, PERG: R\$ 0,40, ISS: R\$ 0,20. Total R\$ 4,79.

Selo: 0074398.FYNI201801.00882 18/12/2018 14:18:06  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://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  
Graças - 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](http://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

JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Isabelly 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:** PRESENTA 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:** PRESENTA 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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

GRACIA MARQUES DE SOUZA

IDENTIFICACAO ORIENTACAO

RG 242575-5 DE PE

DATA 205.164-15

DATA 02/05/1990

ENDEREÇO

RUA CORRE DE SOUZA

FRANCISCA MARQUES DE SOUZA

PROFISSAO

AC

DE

AD

PROBIO PLASTIFICAR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1024202044

PROBIO PLASTIFICAR

1024202044

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 FEV 2019

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012806670170  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 1087244955 ANO 2015 EXERCÍCIO 2015

IVANILDO LIMA FERREIRA

SAO J. BELMONTES - PE

CPF/CNPJ 043.362.014-55 PLACA EC38917

PLACA ANT / UF 043.362.014-55 CHASSI 9C2AD0810FR201144

ESP. TPO / ES 9C2AD0810FR201144 COMBUSTÍVEL ALCOOL/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD ANO/FAB 2015

CAP/ROT/CL 28/162CL CATEGORIA BAPTAR COR PREDOMINANTE VERMELHA

COIA UNICA 1ª 1ª 2ª 3ª

PREMIO TARIFARIO (R\$) 1087244955 PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO FASE 1 1087244955

SEM RESERVA 1087244955

SAO J. BELMONTES 21/03/15

Charles Anderson Sousa Ribeiro  
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 012806670170 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
IVANILDO LIMA FERREIRA

CHASSI 9C2AD0810FR201144

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

VIA 1 043.362.014-55 EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 21/03/15

RENOVAÇÃO 1087244955 MARCA/MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO/FAB 2015 OUTUB 9C2AD0810FR201144

PREMIO TARIFARIO 1087244955

CUSTO DO BILHETE (R\$) 1087244955

SEGURO FASE 1 1087244955

COTA UNICA 1087244955

SEM RESERVA 1087244955

SAO J. BELMONTES 21/03/15

Charles Anderson Sousa Ribeiro  
Diretor Presidente DETRAN/PE

DEPARTAMENTO DPVAT

26 FEV 2019

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

## 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,

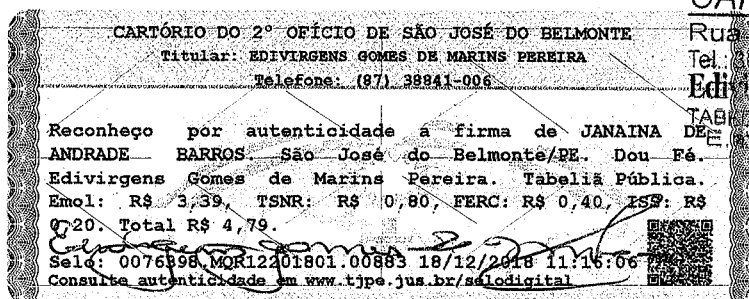
São José do Belmonte/PE, 18/22/2018.

Janaina de Andrade Barros

DECLARANTE



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO



Rua José Alves de Carvalho, 32  
Tel: 3884-1006 / São José do Belmonte - PE  
Edivirgens Gomes de Marins Pereira  
TABELIÃO OFICIAL PRIVATIVA DE PROTESTO  
E-mail: [cartorioew@hotmail.com](mailto:cartorioew@hotmail.com)



**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 ECONTRA EM MINHA POSSE ATE HOJE E ESTOU DISPONIVEL PARA PRESTAR QUALQUER ECLARECIMENTO OU MIM SUBMETER AUDITORIA SE FOR O CASO MAIS 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 PRIPETTARIO QUE O VEICULO SE ENCONTA EM NOME .

GRATO.

SERRA TALHADA/PE, 01/04/2019

Janaina de Andrade Barros

JANAINA DE ANDRADE BARROS







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

Origem: CONSULTA

Procedimento:

Atendente: IVANILDO

Convênio: SUS AMBULATORIO

Unidade: SUS AMBULATORIO

Plano...:

Nº Carteira:

DADOS DESTE ATENDIMENTO:

*paciente com problemas  
de saúde há anos, desde  
seu nascimento, com  
falta de peso desde a infância*

RESO:	g	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, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS, EXAME FISICO, ETC

EXAMES SOLICITADOS E CONDUTA:

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

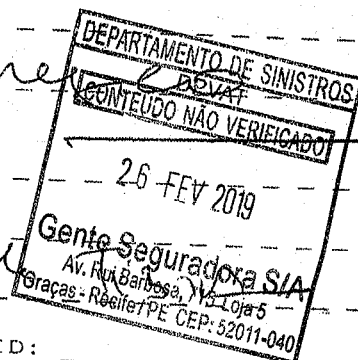
COD. PROC. SUS:

ENCAMBEAMENTO:

1- ( ) ALTA 2- ( ) INTERNAMENTO 3- ( ) OUTRO PROFISSIONAL QUAL:  
Continuação de atendimento Ambulatório 4- ( ) INTERNAMENTO QUAL:

Assinatura Médico c/ Carimbo

Assinatura Paciente (Responsável)



*000018*  
*data 13/10/2016*

# FICHA DE ANESTESIA

Data

Hospital

Acomod

Ante

17/04/19 HOSPITAL SÃO FRANCISCO

Sexo

Cor

Idade

Risco

CRM

Nome do Anestesista

Nome do Cirurgião

Medicação Pré-anestésica

Cirurgia

Urgência

☒ NÃO ☐ SIM

Ent f Ent Plutro Tíbil

Horário

O<sub>2</sub>

N<sub>2</sub>O

Líquidos

SaO<sub>2</sub>

ETCO<sub>2</sub>

ECG

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

Anotações

Drogas Usadas

Quantidade

Bum 1/1000  
um  
um  
um

Técnica Anestésica

Ram 2  
um no  
um 127  
pca

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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
- ☐ Capnógrafo
- ☐ Estet. Pré-Cordial
- ☐ Outros

- ☐ BIS
- ☐ Temperatura
- ☐ Swan-Ganz
- ☐ Analisador Gases
- ☐ PVC
- ☐ Estimulador de Nervo
- ☐ Linha Arterial
- ☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

- ☐ Acordado
- ☐ Sonolento
- ☐ Intubado
- ☐ Destino
- ☐ SRPA
- ☒ Part/Ent
- ☐ UTI
- ☐ Externo

Intercorrência:

☒ NÃO ☐ SIM

Descrever:

Observações

Assinatura do Anestesista



# HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

Rua Vereador Silvino Cordeiro, 384 - AAB - 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 Básica

Número do Registro: 35983

Data: 16 / 10 / 11

### IDENTIFICAÇÃO

Nome: Genairina de Andrade Barros

Idade: 38 Sexo: F Cor: Estado Civil: Solteira

Profissão: Agricultora Naturalidade: Nacionalidade: B

### Endereço:

Rua: Av. Euclides de Carvalho N.º: Bairro: Caramuru

Idade: São João Belmonte Estado: PE Fone:

### Filiação:

Pai: Salmo Gomes de Barros

Mãe: Sra. Henriqueta de Andrade Barros

### ANAMNESE E EXAME FÍSICO

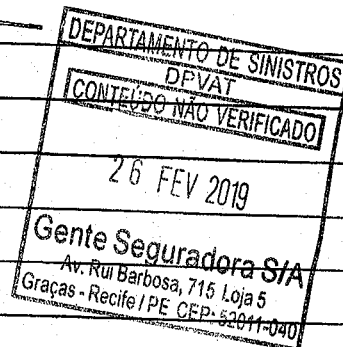
Tras o gostinho de dent  
h t a c i f i c a

Hipótese Diagnóstica:

1 - f t o s s o m o m

Exames Solicitados:

Rx



Condições de Alta

Motivo de Alta

Cirurgia Realizada: Int g RA Plástico Subul.		N.º do Procedimento:	
Data: 17/10/14	Início:	Término:	
Cirurgião: G. Henrique	1.º Auxiliar:	2.º Auxiliar:	Anestesista: [assinatura]

1) 1.º  
 2) 2.º  
 3) 3.º  
 4) 4.º

Dr. Ezequiel A. Silva  
 Cirurgião / Traumatologia  
 CRM: 15.122  
 C.R.M. 8.957.3-0112

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



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 6639766, data de expedição 25/04/2000

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 043.362.014-55

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

Rua: Ednazel Aíves Cavalcante, nº 19

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

menconado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

JANAINA DE ANDRADE BARROS, cujo o condutor era

JANAINA DE ANDRADE 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 )

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE

Titular: EDIVIRGENS GOMES DE MARINS PEREIRA

Telefone: (07) 38841-006

Reconheço por autenticidade a firma de IVANILDO LIMA PEREIRA. São José do Belmonte/PE. Dou Fé. Edivirgens Gomes de Marins Pereira. Tabela Pública. Emol: R\$ 3,39. TSNR: R\$ 0,80, FERM: R\$ 0,04, FUNSEG: R\$ 0,08, PERC: R\$ 0,40, ISS: R\$ 0,20. Total R\$ 4,91. Selo: 0071396.MD060201901.00446 15/07/2019 14:04:34. Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUL 2019

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

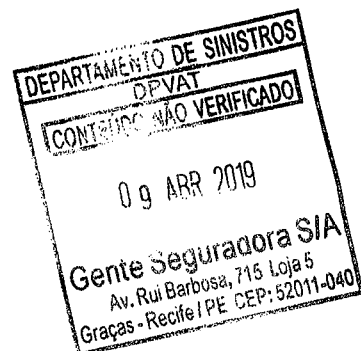
0070157/19

**CARTA DE ESCLARECIMENTO**

EU JANAINA DE ANDRADE BARROS VENHO INFORMAR 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 ESCLARECIMENTO OU MIM SUBMETTER AUDITORIA SE FOR O CASO MAIS 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 PROPRIETARIO QUE O VEICULO SE ENCONTRA EM NOME .

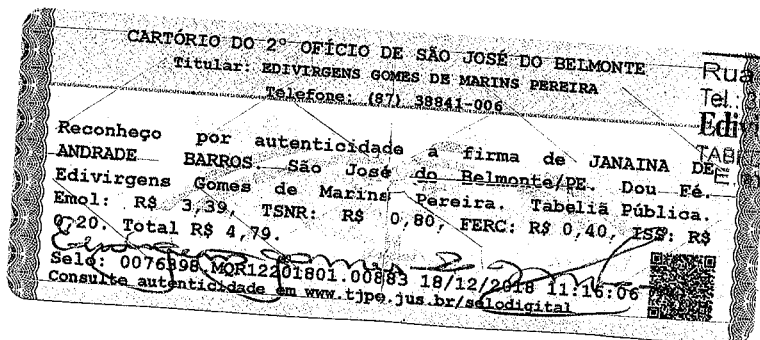
GRATO.

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](http://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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 012.205.184 / 176, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

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

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JANAINA DE ALDEADE 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 763 @ GMAIL.COM</u>		CEP: <u>56903-510</u>
		Tel.(DDD): <u>(87) 989467128</u>

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

Joachim Marques de Lima Neto  
Assinatura do Declarante



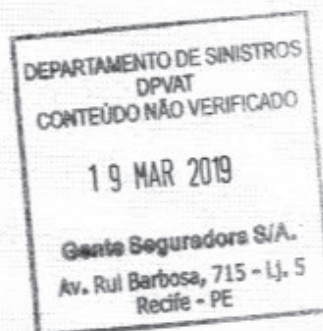


### CARTA DE ESCLARECIMENTO

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 PROPRIETARIO DO VEICULO VENHO ATRAVEZ DESTA DECLARAR QUE A MOTOCICLETA QUE EU SOFRI O ACIDENTE SE ENCONTRA EM MINHA POSSE ATE HOJE E ESTOU DISPONIVEL PARA PRESTAR QUALQUER ESCLARECIMENTO OU MIM SUBMETTER AUDITORIA SE FOR O CASO MAIS NÃO POSSO DEIXAR DE RECEBER MINHA INDENIZAÇÃO POR CONTA DISSO .

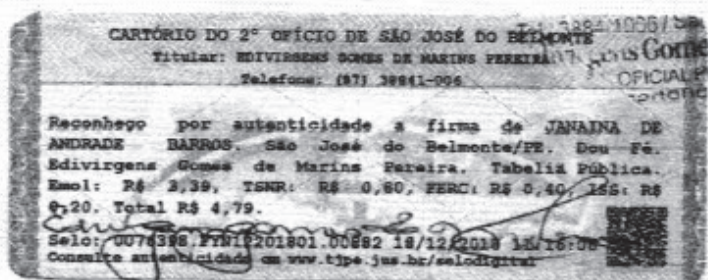
GRATO.

SERRA TALHADA/PE , 15/03/2019

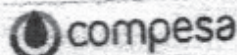


*Janaina de Andrade Barros*

JANAINA DE ANDRADE BARROS







CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA ANTONIO XAVIER SCIREIRA - NUN. - 00019 - CE  
NITRO SÃO JOSE DO BELMONT PE 56950-000

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 22963390		OUT/2018	
IVA HENRIQUE DE ANDRADE BARROS					
AV EULIDES DE CARVALHO, N. 00197 - CENTRO SÃO JOSE DO BELMONT					
E PE 56950-000					
INSCRIÇÃO: 135 870 31W 0004 950 GRUPO 2: 14 DER AUTOMÁTICO: 027969390					
SITUAÇÃO AGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE CONSUMIDORES	INDUSTRIAL	PÚBLICA
LIGADO	POTENCIAL	1			
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)		
A12B304111	09/10/2018	09/11/2018	MÉDIA HD		

AGUA:  
LEIT ANT: 498 CONSUMO: 8  
LEIT ATU: RECORRÊNCIA TAXA H  
LEIT FAT: 508

HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERÊNCIA CONSUMO

09/2018	10
08/2018	07
07/2018	09
06/2018	09
05/2018	09
04/2018	05
MÉDIA:	08

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXTG. PORT. PS 2.914/13	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIMENTO A LEGIS.
TURBIDEZ	24	24	24
COR, APARENTE	24	24	24
CLORO RESIDUAL	24	24	24
COLIF. TOTAL	24	24	24
E. COLI	24	24	24

Qualidade de água: www.compesa.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	CONSUMO	TOTAL (R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 (UNIDADE(S))	8 M3	41,30
CONSUMO DE AGUA		
		0,33
MULTA P/IMPONTUALIDADE 09/2018		0,15
JURÔS DE HORA 08/2018		

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPORTE
PTC	41,30	1,05	0,68
COFINS	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 20/11/2018 TOTAL A PAGAR: 42,28

MENSAGEM:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 MAR 2019

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20/03/2019

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 FEV 2019

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

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

Origem: CONSULTA

Procedimento:

Atendente: IVANILDO

Convênio: SUS AMBULATORIO

Unidade: SUS AMBULATORIO

Plano...:

Nº Carteira:

DADOS DESTE ATENDIMENTO:

*paciente com problemas  
de saúde há muito tempo  
sendo tratado com medicação, mas  
sem resposta dos sintomas no local*

RESO:	g	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, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS, EXAME FISICO, ETC

EXAMES SOLICITADOS E CONDUTA:

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

COD. PROC. SUS:

ENCAMBEAMENTO:

1- ( ) ALTA 2- ( ) INTERNAMENTO 3- ( ) OUTRO PROFISSIONAL QUAL:  
Continuação de tratamento Ambulatório 4- ( ) INTERNAMENTO QUAL:

Assinatura Médico c/ Carimbo

Assinatura Paciente (Responsável)



*000018*  
*data 13/10/2016*





CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA ANTONIO XAVIER SCREIRA - NUM. - 00319 - CE  
NITRO SAO JOSE DO BELMONT PE 56950-000

DADOS DO CLIENTE

MATRÍCULA: 22969390 Out/2018

IVA HENRIQUE DE ANDRADE BARROS  
AV EUCLIDES DE CARVALHO, N. 00197, CENTRO SAO JOSE DO BELMONT  
E PE 56950-000  
INSCRIÇÃO: 135.820.310.0004.950 GRUPO: 14 DEB AUTOMATICO: 022969390

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	PÚBLICA
LIGADO	POTENCIAL	1	COMERCIAL INDUSTRIAL	
HIDROMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (AVE)	
A12B304111	09/10/2018	09/11/2018	MEDIA HD	

ÁGUA:

LEIT ANT: 498 CONSUMO: 8  
LEIT ATU: RECORRENCIA TAXA M  
LEIT FAT: 508

HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERENCIA CONSUMO

09/2018 10  
08/2018 07  
07/2018 09  
06/2018 09  
05/2018 09  
04/2018 05  
MEDIA: 08

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	24	24	24
COR APARENTE	24	24	24
COLOR RESIDUAL	24	24	24
COLIF. TOTAL	24	24	24
E. COLI	24	24	24

Qualidade de Água: www.compesa.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 CONSUMO TOTAL (R\$)

ÁGUA  
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)  
CONSUMO DE ÁGUA 8 M3 41,30

MULTA P/IMPONTUALIDADE 09/2018 0,33  
JUROS DE MORA 08/2018 0,15

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	41,30	1,65	0,68
COFINS	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
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>		
Nome completo:	CPF:	
JANAINA DE ANDRADE BARROS	071.245.834-46	
Profissão:	Endereço:	Número: Complemento:
ESTUDANTE	RUA ANTONIO XAVIER SOBREIRA	00019 CASA
Bairro:	Cidade:	Estado: CEP:
CENTRO	SÃO JOSE DO BELMONTE	PE 56.950-000
E-mail:	Tel.(DDD):	
JOAQUIM NETO 769 @ GMAIL.COM	(81) 988467128	

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

**RENDA 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

<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (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)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 2211	CONTA: 100624	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

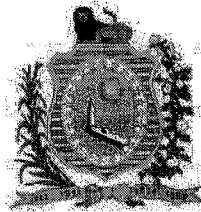
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, _____	<b>TESTEMUNHAS</b> 1ª   Nome: _____ CPF: _____ 2ª   Nome: _____ CPF: _____	Assinatura da Seguradora SIA Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5 Graças - Recife/PE CEP: 52011-040
	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)

(\*) 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  
00701571 19

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

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 - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **13/10/2016** às **11:00**

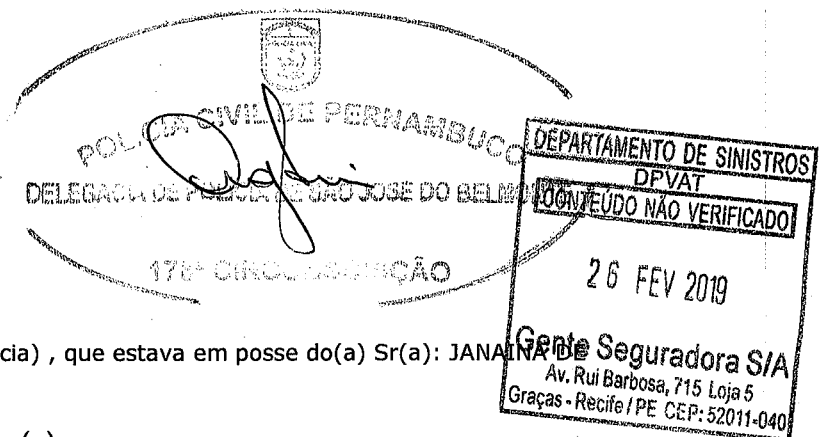
Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA OSMAR FONSECA DE MENEZES, 1** - Bairro: **CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CASTELO ARMORIAL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

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/SÃO JOSE DO BELMONTE) Renavam: **105724484** Chassi: **9C2KD0810FR201144**  
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

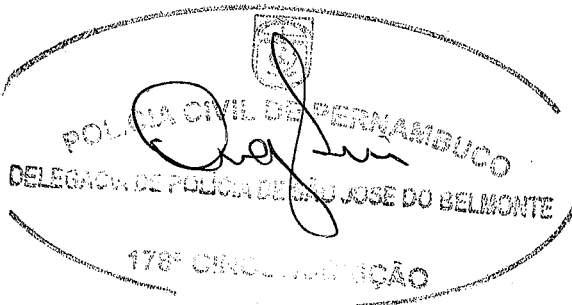
### Complemento / Observação

**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 SEGUIDA 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 GENEIRINO 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:	CPF:	
JANAINA DE ANDRADE BARROS	071.245.834-46	
Profissão:	Endereço:	Número: Complemento:
ESTUDANTE	RUA ANTONIO XAVIER SOBREIRA	00019 CASA
Bairro:	Cidade:	Estado: CEP:
CENTRO	SÃO JOSE DO BELMONTE	PE 56.950-000
E-mail:	Tel.(DDD):	
JOAQUIM NETO 769 @ GMAIL.COM	(81) 988467128	

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

**RENDA 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

<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (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)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 2211	CONTA: 100624	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, _____	TESTEMUNHAS 1ª   Nome: _____ CPF: _____ 2ª   Nome: _____ CPF: _____	Assinatura da Seguradora SIA Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5 Graças - Recife/PE CEP: 52011-040
	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)	

(\*) 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

TERM. 052137

JANAINA DE ANDRADE BARROS

12:04 HRS

AGENCIA 2211 CONTA 1000624-4

18/DEZ/2018

DISPONIVEL

= TOTAL DISPONIVEL .....

+ CONTA POUPANCA FACIL ....

SD DEPOS A PARTIR 4/5/12

TOTAL DE RECURSOS .....

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS

NOVA POUPANCA - DEPOSITOS A PARTIR DE 4/5/12

DIA DO ANIVERSARIO	SALDO EM	RENDIMENTO(S)
09	6,65	0,02
10	100000	0,00
TOTAL .....		0,02

EXTRATO CONSOLIDADO

OUTUBRO/2018

DIA	HISTORICO	N.DOCTO	VALOR
09	SALDO ANTERIOR		100000

NOVEMBRO/2018

09	RENDIMENTOS	0903715	0,02
	Poup Facil-Depos A Partir 4/5/12		
	S A L D O .....		0,02

DEZEMBRO/2018

10	RENDIMENTOS	0903715	0,02
	Poup Facil-Depos A Partir 4/5/12		
	TRF CP AUTOAT	4200292	100000
	GEORGE DE LEMOS BARBOZA		
	SALDO TOTAL		100002

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.

Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h

de segunda a sexta-feira, exceto

A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PE

esta disponivel no Autoatendimento e Internet

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTENIDO NÃO VERIFICADO

2019

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Graças - Recife/PE CEP: 52011-040



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

3190172853

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. EULÍDES DE CARVALHO

Número:

80197

Complemento:

CASA

Bairro:

CENTRO

Cidade:

SAO JOSE DO BELMONTE

Estado:

PE

CEP:

56950-000

E-mail:

JOAQUIM NETO 769 @ GMAIL.COM

Tel(DDD):

07198467128

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ 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)

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2211

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

1000624

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 MAR 2019

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ 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 recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

2ª Nome:

CPF:

Assinatura  
19 MAR 2019  
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 ..... *100000*  
 + CONTA POUPANCA FACIL .... *100000*  
 SO DEPOS A PARTIR 4/5/12 *100000*  
 TOTAL DE RECURSOS ..... *100000*

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS

NOVA POUPANCA - DEPOSITOS A PARTIR DE 4/5/12  
 DIA DO SALDO EM RENDIMENTO(S)  
 ANIVERSARIO 18/12/2018  
 09 8,65 *0,02*  
 10 *100000* *0,02*  
 TOTAL ..... *0,22*

EXTRATO CONSOLIDADO

OUTUBRO/2018			
DIA	HISTORICO	N. DOCTO	VALOR
09	SALDO ANTERIOR		<i>100000</i>
NOVEMBRO/2018			
09	RENDIMENTOS 0903715		<i>0,02</i>
	Poup Facil-Depos A Partir 4/5/12		
	S A L D O.....		<i>100000</i>
DEZEMBRO/2018			
10	RENDIMENTOS 0903715		<i>0,02</i>
	Poup Facil-Depos A Partir 4/5/12		
	TRF CP AUTOAT 4200292		<i>100000</i>
	GEORGE DE LEMOS BARBOZA		
	SALDO TOTAL		<i>100000</i>

Demonstrativo para simples conferencia.

Sujeito a alteracoes ate o final do dia.

Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.

SAC Alo Bradesco - 0800 7046363.

Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.

Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h.

de segunda a sexta-feira, exceto feriados.

A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF

esta disponivel no Autoatendimento e Internet.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEUDO NAO VERIFICADO

19 MAR 2019

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEUDO NAO VERIFICADO  
 19 MAR 2019

Gente Seguradora S/A  
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
 Graças - Recife / PE CEP: 53011-040

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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**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.

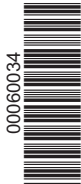
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



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

