



Tartu, Sochi de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 131, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0505943-89 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ALVARO ANTÔNIO MOURA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
CENTRO SURUBIM

CPF: 945.234.444-04

SURUBIM PE
55750-000

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CODIGO CONTRATO	7005749888	MES/ANO	10/2019
DATA DE EMISSÃO	14/10/2019	DATA DE VENCIMENTO	07/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	102,74		

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
07172997	0001-A	07/10/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA NOTIFICAÇÃO
07/10/2019	201188150	375.805

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	108,000000	0,81089952	87,55
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,50
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,01
Contribuição Social Municipal			6,64
ICMS Substituição COF - NF 08024776-0402/19			0,76
ICMS Substituição COF - NF 073044383-0508/19			0,80
Multa por atraso - NF 075948294-04/09/19			1,35
Juros por atraso - NF 075948294-04/09/19			0,11

TOTAL DA FATURA

102,74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	CONSUMO (kWh)
637916	1-A1	04-09-2019	28.128,00	07-10-2019	28.137,00	23	1,30000	108,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
PERÍODO	CONSUMO (kWh)	DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	%	VALOR (R\$)
01/10/19 - 01/11/19	108,00	Gerção de Energia	87,55	81,00%	87,55
02/10/19 - 02/11/19	108,00	Distribuição	5,01	4,70%	5,01
03/10/19 - 03/11/19	108,00	Perdas de Energia	0,76	0,73%	0,76
04/10/19 - 04/11/19	108,00	Reserva de Energia	0,80	0,77%	0,80
05/10/19 - 05/11/19	108,00	Impostos	1,35	1,29%	1,35
06/10/19 - 06/11/19	108,00	Juros	0,11	0,10%	0,11
07/10/19 - 07/11/19	108,00	Total	102,74	100%	102,74

TARIFAS APLICADAS		TARIFAS APLICADAS
01/10/19 - 01/11/19	108,00	102,74
02/10/19 - 02/11/19	108,00	102,74
03/10/19 - 03/11/19	108,00	102,74
04/10/19 - 04/11/19	108,00	102,74
05/10/19 - 05/11/19	108,00	102,74
06/10/19 - 06/11/19	108,00	102,74
07/10/19 - 07/11/19	108,00	102,74

RESERVAÇÃO DE ESPAÇO		RESERVAÇÃO DE ESPAÇO
01/10/19 - 01/11/19	108,00	102,74
02/10/19 - 02/11/19	108,00	102,74
03/10/19 - 03/11/19	108,00	102,74
04/10/19 - 04/11/19	108,00	102,74
05/10/19 - 05/11/19	108,00	102,74
06/10/19 - 06/11/19	108,00	102,74
07/10/19 - 07/11/19	108,00	102,74

INFORMAÇÕES INFORMATIVAS		INFORMAÇÕES INFORMATIVAS
01/10/19 - 01/11/19	108,00	102,74
02/10/19 - 02/11/19	108,00	102,74
03/10/19 - 03/11/19	108,00	102,74
04/10/19 - 04/11/19	108,00	102,74
05/10/19 - 05/11/19	108,00	102,74
06/10/19 - 06/11/19	108,00	102,74
07/10/19 - 07/11/19	108,00	102,74

As condições gerais de
fornecimento (Resolução ANEEL
412/2010), tarifas, produtos
e serviços oferecidos estão em
disponível para consulta no site
www.celpe.com.br

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 571.940.534 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOACI JOSE DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.021.158 / 43 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima JOACI JOSE DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.021.158 / 43 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

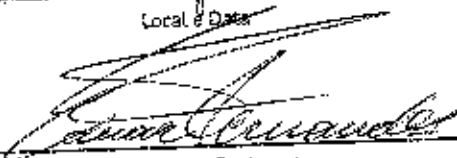
☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ 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		Número	Complemento
<u>RUA JOÃO BATISTA</u>		<u>370</u>	<u>CASA</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>CENTRO</u>	<u>SURUBIM</u>	<u>PE</u>	<u>55750-000</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
_____		<u>(81) 99665-0454</u>	_____

SURUBIM/PE 10 de FEVREIRO de 2020
Local e Data


Assinatura do Declarante



PREFEITURA DE

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

Trabalhando com o povo

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o (a) paciente JOACI JOSE DO LIMA

Vitima de acidente de moto, portador(a) do CPF: 045.023.358-43 RG 40.544.905

Residente: ALTO DAS OLIVEIRAS, recebeu atendimento na
Policlínica Santina Falcão no dia 16/10/2019, onde foram realizados os primeiros socorros pela equipe
de plantão.

Santa Maria do Cambucá, 02 de DEZEMBRO de 2019.

Henrique Soares do Nascimento

Diretor de Recursos Humanos
CPF: 845.004.377-42

Henrique Soares do Nascimento
HENRIQUE SOARES DO NASCIMENTO

DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS



PREFEITURA DE
SANTA MARIA DO CAMBUCÁ
Trabalhando com o povo

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

Data: 16/10/19

Hora: 10:45

Registro:

Nome: Jaci da Silva

Endereço: R. Alto das Oliveiras

Referência:

Bairro:

Cidade:

St. Maria do Cambucá

Idade: 57 a

Sexo: M

Cor:

Pd.

Profissão:

Agricultor

Responsável:

Endereço do Responsável:

Papel:

TIPO DE ACIDENTE

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VEÍCULO: Automóvel ☐ Ônibus ☐ Moto ☒ Outro ☐ Ignorado ☐

MODO: Atropelamento ☐ Colisão ☐ Capotagem ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

AGRESSÃO

POR: Arma de Fogo ☐ Arma Branca ☐ Espancamento ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

MODO: Assalto/Briga ☐ Ação Policial ☐ Agressão Sexual ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

ACIDENTE DE TRABALHO

ORIGEM: Construção Civil ☐ Indústria ☐ Agricultura ☐ Comércio ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

OUTROS TIPOS DE ACIDENTES

POR: Arma de Fogo ☐ Enforcado ☐ Drogas ☐ Queda de Nível ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

OUTROS TIPOS DE ACIDENTES

Intoxicação Acidental ☐ Queda Acidental ☐ Afogamento ☐ Queimadura ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Via Pública ☐ Domicílio ☐ Ambiente de Trabalho ☐ Escola ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

Queixas:

para exame de quadro de esgotamento físico e mental
em de 10h30m no dia 16/10/19
Bom dia, bom dia, bom dia
MGB A.C.E.

Exame Físico:

PA: FC: Pulso: Temperatura: HGT:

Hipótese Diagnóstica:

Procedimentos:

sol. R. 10/10/19

Cód.:



PREFEITURA DE

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

Trabalhando com o povo

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

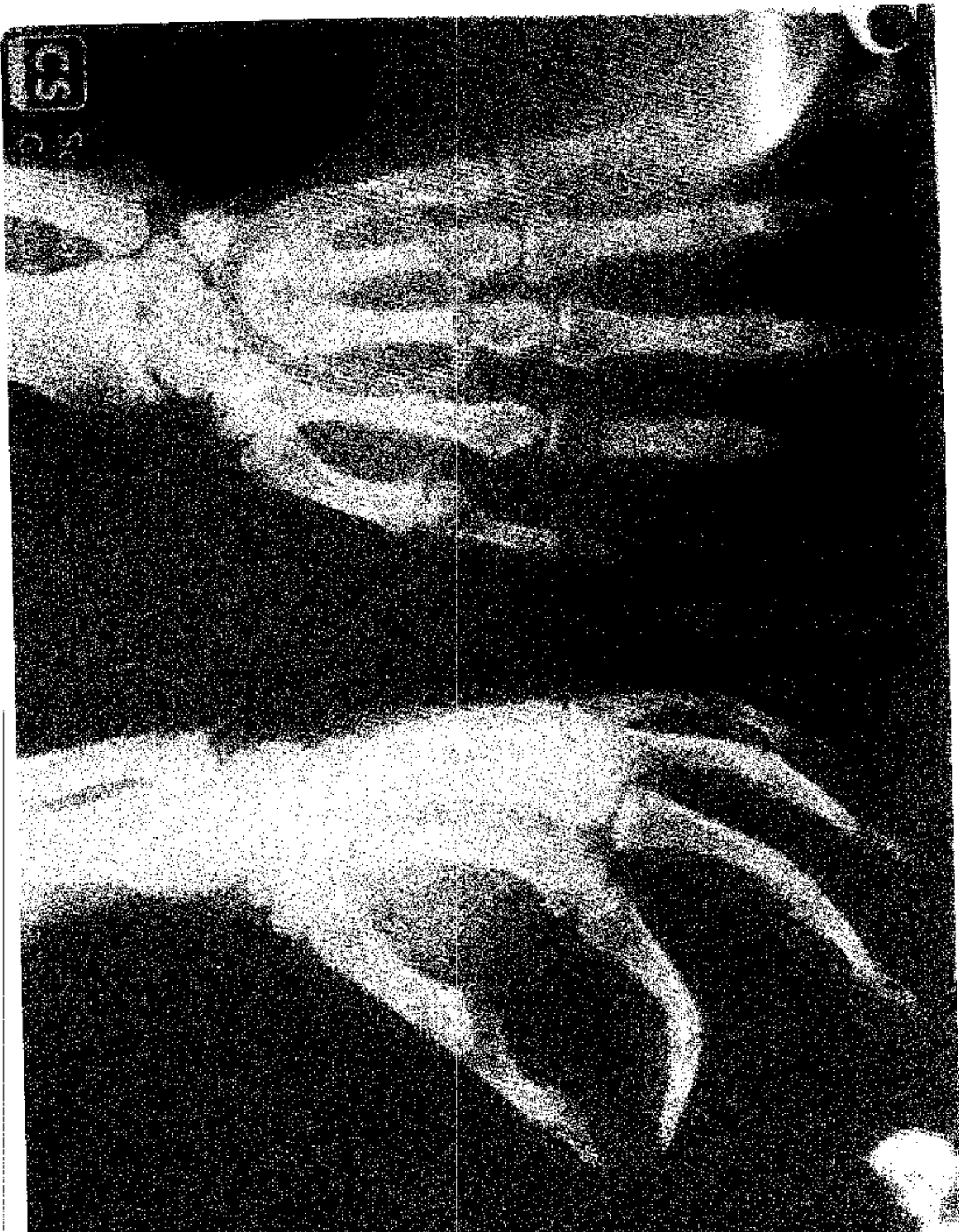
RECEITUÁRIO

Atestado

Atesto para os devidos fins, que João
João de Lima foi atendido por mim
dia 16/10/19 vítima de queda de
no tocado e fatura de epírese
proximal de quarto no tempo exposto
S/TCE (Rx de mão est)

Data 27, 11, 19

Peiro Roberto A. Silva
MÉDICO
CRM 14430



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES RIBEIRO

08R-47

Joaci José de Lima

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 10.547.965 DATA DE EXPIRAÇÃO 15/02/2017

<< JOACI JOSÉ DE LIMA >>

<< JÚLIO JOSÉ DE LIMA >>

<< JOSEFA MARIA DE LIMA >>

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
BOM JARDIM - PE 27/07/1962

COLOCAÇÃO << CC, 1.999 L.844 F.100V/CART. SANTA MARIA DO CAMBUCA-PE 25.04.2008 >>

045.021.158-43

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI N.º 116 DE 28/08/83

417051561104090302.7323994 F-75 40.360 -3123

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO			
	NOME EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES		
	DOC. IDENTIFIC./ORG. EMISSOR / UF 3092028 SSP PE		
	CPF 574.940.534-68	DATA NASCIMENTO 24/06/1968	
	PLACAO AMARO FERNANDES DE OLIVEIRA SOBRINHO DALVANI COSTA DE ALBUQUERQUE FERNANDES		
	PERMISSAO []	ACC []	CAT. HAB AD
VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1219484604	W REGISTRO 81410781208	VALIDADEZ 15/12/2020	EMISSÃO 25/09/1986
	OBSERVAÇÕES <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>		
PROBIO PLASTIFICAR 1219484604			47587078291 PE070299467
	LOCAL SANTA CRUZ DO CAPIBARIPE - PE		
	DATA EMISSÃO 16/12/2015		
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)			

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025926/20

Vítima: JOACI JOSE DE LIMA

CPF: 045.021.158-43

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/10/2019

Titular do CPF: JOACI JOSE DE LIMA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

JOACI JOSE DE LIMA : 045.021.158-43

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/01/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

SURUBIM (PE), 07 DE FEVEREIRO 2020.

À LÍDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA: JOACI JOSE DE LIMA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO nº 3200030502


Prezado Senhor(a),

Solicito de V.S^a, que meu processo de INVALIDEZ seja REANALISADO, uma vez que eu fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 16/10/2019, onde sofri FRATURA EM MINHA MÃO ESQUERDA fiz todo tratamento médico e mesmo assim ENCONTRO-ME ATUALMENTE COM SEQUELAS. E não fui submetido a PÉRICIA por um médico indicado pela LÍDER para avaliar minha seqüela e foi liberado para mim um valor muito inferior ao que tenho Direito. Em contato com o atendimento da Líder fui orientado a fazer uma carta explicando a situação para que então eu possa ser avaliado por um médico indicado pela Líder e receba a importância a que tenho Direito.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.S^a, que meu processo seja REANALISADO e que seja liberado o valor que realmente me é de direito, uma vez que estou com seqüelas.

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.


JOACI JOSE DE LIMA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200030502 **Cidade:** Santa Maria do Cambucá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOACI JOSE DE LIMA **Data do acidente:** 16/10/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 4º METACARPO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P2 P3)

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA

**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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PROCURAÇÃO:

OUTORGANTE

NOME: JOACI JOSÉ DE LIMA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: AGRICULTOR
IDENTIDADE: 10.547.965-5DS/PE
DATA DO ACIDENTE: 16/10/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VITIMA: JOACI JOSÉ DE LIMA
ENDEREÇO:

OUTORGADO

NOME: R. EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: FUNÇÃO PÚBLICA APOSENTADO
IDENTIDADE: 3092028-SSP/PE e CPF. 574.940.534/68
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº 340, CENTRO, SUBURBIO
(PE)

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE 29 DE NOVEMBRO DE 2019.
CAMBUCÁ

X Joaci José de Lima

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



SENTE DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE - CNJ 15.950-19
TITULAR: RICARDO JOSÉ AMORIM CAMPOS
Telefone: (81) 98237-3385

Reconheço por autenticidade a firma de JOACI JOSÉ DE LIMA, Dou. Nº 3.59, TSNR R\$ 0,00, TERM R\$ 0,04, FUNSEG R\$ 0,40, PERC R\$ 0,40, ISS R\$ 0,00, Total R\$ 4,91. Em testemunho, VANESSA LAIS FENETPA DA SILVA, Escrevente autorizada.

Selo: 0159509-2011201902.00376 29/11/2019 15:01:29
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/autenticidade

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025926/20

Número do Sinistro: 3200030502

Vítima: JOACI JOSE DE LIMA

CPF: 045.021.158-43

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/10/2019

Titular do CPF: JOACI JOSE DE LIMA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

JOACI JOSE DE LIMA : 045.021.158-43

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/01/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025926/20

Vítima: JOACI JOSE DE LIMA

CPF: 045.021.158-43

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/10/2019

Titular do CPF: JOACI JOSE DE LIMA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

JOACI JOSE DE LIMA : 045.021.158-43

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/01/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025926/20

Número do Sinistro: 3200030502

Vítima: JOACI JOSE DE LIMA

CPF: 045.021.158-43

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/10/2019

Titular do CPF: JOACI JOSE DE LIMA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/02/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/02/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200030502 Vítima: JOACI JOSE DE LIMA

Data do Acidente: 16/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOACI JOSE DE LIMA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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 Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200030502

Vítima: JOACI JOSE DE LIMA

Data do Acidente: 16/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOACI JOSE DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200030502

Vítima: JOACI JOSE DE LIMA

Data do Acidente: 16/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOACI JOSE DE LIMA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: JOACI JOSE DE LIMA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000001295

Conta: 0000045785-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200030502

Vítima: JOACI JOSE DE LIMA

Data do Acidente: 16/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOACI JOSE DE LIMA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 11/02/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 045.021.158/43 4 - Nome completo da vítima: JOACI JOSE DE LIMA

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

5 - Nome completo: JOACI JOSE DE LIMA 6 - CPF: 045.021.158-43
7 - Profissão: RECIFE 8 - Endereço: RUA DO CAMPO 9 - Número: 03 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SANTA MARIA DO CAMBUCA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55765-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 18199665-0454

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPOANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 45.785

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que não impossibilito de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 8.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

SANTA MARIA DO CAMBUCA PE 19/01/2020

X Joaci Jose de Lima

(Assinatura do declarante)

(Assinatura do declarante)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 045.021.158/43 4 - Nome completo da vítima: JOACI JOSE DE LIMA

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

5 - Nome completo: JOACI JOSE DE LIMA 6 - CPF: 045.021.158-43
7 - Profissão: REC. INF. 8 - Endereço: RUA DO CAMPO 9 - Número: 07 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SANTA MARIA DO CAMBUCA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55365-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 99665-0454

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

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

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 45.785 AGÊNCIA: CONTA:

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.

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (filho(s)) ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e preencherem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, a fim de responsabilizar criminal e civilmente o infrator do artigo 203 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SANTA MARIA DO CAMBUCA PE 19/10/2020

X Joaci Jose de Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 133ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA MARIA DO CAMBUCA -
DP133ªCIRC DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. 19E0223000604

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/11/2019** às **16:53**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **16/10/2019** às **10:45**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1, ESTRADA QUE LIGA SANTA MARIA AO SÍTIO PAU SANTO - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL.**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ANDERSON JOSÉ DE LIMA (TESTEMUNHA)
JOACI JOSE DE LIMA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOACI JOSE DE LIMA

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

JOACI JOSE DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA MARIA DE LIMA Pai: JULIO JOSE DE LIMA Data de Nascimento: 27/7/1962 Naturalidade: BOM JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10547965/SSP/PE (RG), 04502115843 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 981163070

Residência: VILA DO CAMPO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL.

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

ANDERSON JOSÉ DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: . Pai: . Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ANDERSON JOSÉ DE LIMA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOACI JOSE DE LIMA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 TITAN MIX Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: PDS8866 (PERNAMBUCO/SANTA MARIA DO CAMBUCA) Renavam: 108954307 Chassi: 9C2KC221CR046834

Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL O SR. JOACI JOSE DE LIMA INFORMANDO QUE NO DIA 16/10/2019 POR VOLTAS DAS 10:45 HORAS CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA PDS8866, E QUANDO TRAFEGAVA NESTE MUNICIPIO NA ESTRADA QUE LIGA SITIO PAU SANTO A STA MARIA PERDEU O CONTROLE DO VEICULO VINDO A CAIR E LESIONANDO MÃO ESQUERDA, SENDO ATENDIDO NA POLICLINICA DE STA MARIA DO CAMBUCA PARA TRATAMENTO MEDICO.

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

Joaci Jose de Lima

JOACI JOSE DE LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MAXAEL OLIVEIRA DOS SANTOS** - Matrícula: **3848442**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 045.021.158/43 4 - Nome completo da vítima: JOACI JOSE DE LIMA

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

5 - Nome completo: JOACI JOSE DE LIMA 6 - CPF: 045.021.158-43
7 - Profissão: RECIFE 8 - Endereço: RUA DO CAMPO 9 - Número: 03 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SANTA MARIA DO CAMBUCA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55765-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 18199665-0454

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPOANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 45.785

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que não impossibilito de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 8.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provierem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

SANTA MARIA DO CAMBUCA PE 19/01/2020

X Joaci Jose de Lima

(Assinatura do declarante)

(Assinatura do declarante)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOACI JOSE DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01295

CONTA: 000000045785-0

Nr. da Autenticação C0AFDE024DA3B4FF

DADOS DO CLIENTE MATRICULA: 103274170 Out/2019
 MIRIAM LAURINDA DE ALBUQUERQUE
 R DO CAMPO, N. 00007 - CENTRO SANTA MARIA DO CAMBUCA PE 5576
 5-000
 INSCRICAO: 127.100.238.0054.000 GRUPO: 18 DEB. AUTOMATICO: 103274170

SITUAÇÃO AGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	QUALIDADE DE ECONOMIA	TIPO DE CONSUMO (A/E)
LIGADO	POTENCIAL	RESIDENCIAL	MEDIA HD
HIDROMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	
110H473702	14/10/2019	13/11/2019	

AGUA:
 LEIT. ANTERIOR: 416 CONSUMO: 6
 LEIT. ATUAL: TAXA MINIMA
 LEIT. ATUAL: 426

HISTORICO DE CONSUMO	REFERENCIA CONSUMO	PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS	EXIG. PORT.	ANALISES	ATENDEN
09/2019	11			MS 2.914/11	REALIZ.	A LEGIS
08/2019	06	TURBIDEZ	10	12	12	12
07/2019	07	COR APARENTE	10	12	12	12
06/2019	07	COLOR RESIDUAL	10	12	12	12
05/2019	06	COLIF. TOTAIS	10	12	12	12
04/2019	01	E. COLI	10	12	12	12
MEDIA:	06					


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)		
CONSUMO DE AGUA	6 M3	9,22
JUROS DE MORA 08/2019		0,03

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPUISO
ISS	9,22	1,65	0,15
CEMTE	9,22	7,60	0,70

VENCIMENTO: 25/11/2019 TOTAL A PAGAR: 9,25


MENSAGEM:
 IDENTIFICANDO A EXISTÊNCIA DE 1 FATURAS PENDENTES, NO
 TOTAL DE R\$ 9,25. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA-
 TIVACÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.



22840000000-9 00250018127-8 103274

VENCIMENTO: 25/11/2019

TOT



compesa

ATENDIMENTO: 0800-0610155
 VALAUMENTOS: 0800-0610185