





**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoratidex.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.SEISER.GOV.AR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636](http://WWW2.SEISER.GOV.AR/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 personal, 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 – SUSP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e previdência.

<sup>7</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 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 JOSÉ DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.021.158-43 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOACI JOSÉ 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 Lider-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.

Enderço <b>RUA JOÃO BAPTISTA</b>	Cidade <b>SURUBIM</b>	Número <b>370</b>	Complemento <b>PARA</b>
Bairro <b>CENTRO</b>		Estado <b>PE</b>	CEP <b>55750-000</b>
Email <b></b>		Telefone comercial (DDD) <b>(81) 39665-1054</b>	Telefone celular (DDD) <b></b>

SURUBIM/PE, 15 de Fevereiro de 2020

### Local e-Daten

Assinatura do Declarante



PREFEITURA DE

## SANTA MARIA DO CAMBUCA

Trabalhando com o povo

### FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA DO CAMBUCA

#### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o (a) paciente Joacir José do Lima

Vítima de acidente de moto, portador(a) do CPF: 045.025.158-43 RG 40.543-965

Residente: Altô Dantas Oliveira recebeu atendimento na Policlínica Santina Falcão no dia 30/10/2019, onde foram realizados os primeiros socorros pela equipe de plantão.

Santa Maria do Cambucá, 02 de DEZEMBRO de 2019.

Henrique Soares do Nascimento

Coordenador de Recursos Humanos

CPF: 446.000.377-00

HENRIQUE SOARES DO NASCIMENTO

DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS



Data: 16/10/19	Horas: 10:145	Registro:				
Nome: Paci que de Lima		Referência:				
Endereço: R alto das oliveiras		Cidade: ST = na 1 da Cambucá				
Bairro:	Idade: 54 a.	Sexo: M Cor: Pcl. Profissão: agricultor				
Responsável:						
Endereço do Responsável:						
LOCALIZAÇÃO DO ACIDENTE						
VEÍCULO:	Automóvel <input type="checkbox"/>	Ônibus <input type="checkbox"/>	Moto <input checked="" type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>	
MODO:	Atropelamento <input type="checkbox"/>	Colisão <input type="checkbox"/>	Capotagem <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>	
POR:	Arma de Fogo <input type="checkbox"/>	Arma Branca <input type="checkbox"/>	Espancamento <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>	
MODO:	Assalto/Briga <input type="checkbox"/>	Ação Policial <input type="checkbox"/>	Agressão Sexual <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>	
ORIGEM:	Construção Civil <input type="checkbox"/>	Indústria <input type="checkbox"/>	Agricultura <input type="checkbox"/>	Comércio <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>
MÉTODOS DE ATERRIMENTO						
POR:	Arma de Fogo <input type="checkbox"/>	Enforcado <input type="checkbox"/>	Drogas <input type="checkbox"/>	Queda de Nível <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>
SÍNTESE DE ACIDENTES						
LOCAL DE Ocorrência						
Via Pública <input type="checkbox"/>	Domicílio <input type="checkbox"/>	Ambiente de Trabalho <input type="checkbox"/>	Escola <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>	
Queixas:						
Pela volta de quase de 10 horas. Conseguido em de forte infinidade de moto de ambiente fechado. Pelo lado na 64 166						
Exame Físico:						
PA:	FC:	Pulso:	Temperatura:	HGT:		
Hipótese Diagnóstica:						
Procedimentos:			Cod.:			
Sol Ba 166 es / pulso			166 166			



PREFEITURA DE  
**SANTA MARIA DO CAMBUCÁ**

Trabalhando com o povo

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

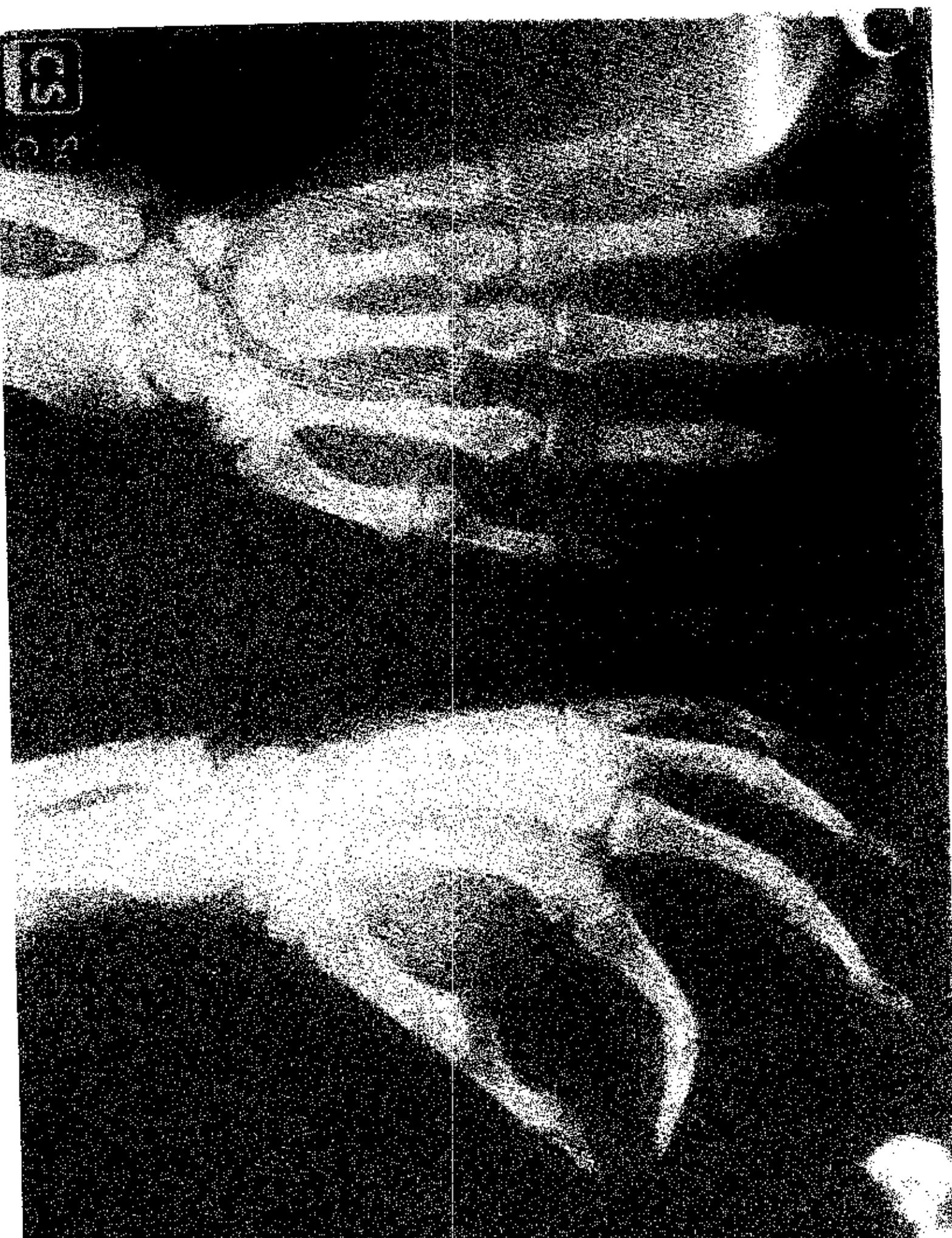
**RECEITUÁRIO**

Atestado

Atesto para os deus<sup>os</sup> fuz, que Zé  
Zore de Lima foi atendido no M.H.  
dia 16/10/19 vítima de queda de  
motorciclo ei fraturou de 1 pípe  
proximal de quarto meto corpo esquerdo  
( R<sup>o</sup> de m<sup>ão</sup> esq )  
S/TCB

Data 27/10/19

Assinatura:   
Roberto Roberto A. Silva  
M.D.  
CRM: 19430

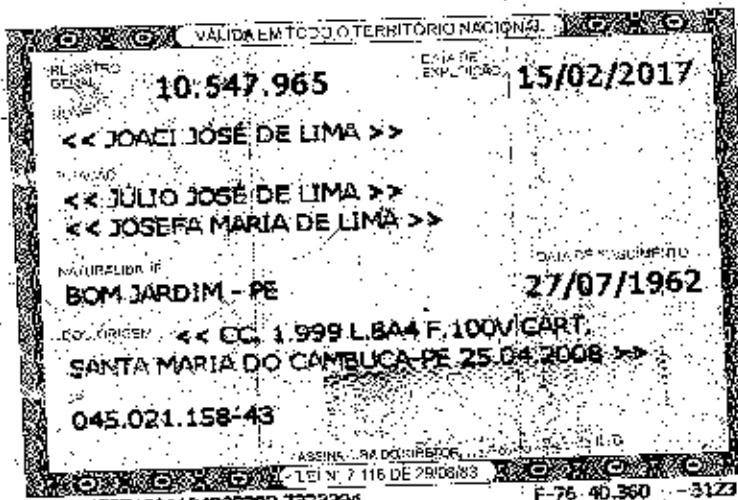




Joací José de Lima

ASSINATURA DIGITAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE





ESTE SEGURO OFRECE

ESTE E O SEU BILHETE DE SEGURO D'PVAT  
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO  
AS CONDICOES GERAIS DA COBERTURA  
[www.seguradoravat.com.br](http://www.seguradoravat.com.br)  
SAO PAVAT 0800 022 1204

A photograph of a document page with text and a stamp. The stamp is rectangular and contains the text 'SEARCHED', 'INDEXED', 'SERIALIZED', and 'FILED' in a grid-like layout. The stamp is partially obscured by a large, dark, irregular smudge or mark.

1960-1961 FCT TBS 1-17

### PREMIO TARIFARIO

— DENVER, COLORADO —

Customizable

19. *Leucosia* *leucostoma* (Fabricius) (Fabricius, 1781: 113) (partim).

卷之三

دیگر این اینستاگرامی نیست و این اینستاگرامی است

1-800-234-2222 • [www.1800-234-2222.com](http://www.1800-234-2222.com)

10. *What is the best way to prevent the spread of COVID-19?*

10. *Leucosia* (Leucosia) *leucostoma* (Fabricius) (Fig. 10)

10. *W. C. Gandy, Jr., and J. W. Gandy, Jr., "A Comparison of the Performance of the*

• 100 •

10. *What is the primary purpose of the following statement?*

For more information on the use of the *hedgehog* gene in the study of human diseases, see the [hedgehog](#) gene entry in the Human Disease section of the *Gene* database.

<sup>10</sup> See, for example, the discussion of the 1992 Constitutional Convention in the *Constitutional Convention of 1992: The Final Report* (1993).

1. *Journal of the American Chemical Society*, 1900, 22, 1030; 1901, 23, 1030.

© 2013 Pearson Education, Inc. All Rights Reserved. May not be copied, scanned, or duplicated, in whole or in part. Due to electronic rights, some third party content may be suppressed from the eBook and/or eChapter(s). Editorial review has determined that any suppressed content does not materially affect the overall learning experience. Pearson Education, Inc. reserves the right to remove additional content at any time if subsequent rights restrictions require it.

# 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](http://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 LIDER

CONVÉNIO 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<sup>a</sup>, 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<sup>a</sup>, 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

**Valorização 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
		<b>Total</b>	<b>7 %</b>	<b>R\$ 945,00</b>

## PROCURAÇÃO:

## OUTORGANTE

NOME: Traci José de Lima

NACIONALIDAD: BELICE

PROFISSÃO: Agente de Segurança

IDENTIDADE: 10.647.965-500/PE

DATA DO ACIDENTE: 16/10/2019

## ~~COBERTURA INVÁLIDA~~

VITIMA: ~~EDUARDO VIEIRA DE LIMA~~

ENDEREÇO

SANTA MARIA DO CAMPO - CRIS 15.950-9  
TEL: RICARDO 3056 ANTONIO CAMPOS  
TELEFONE: 1821-88277-3555

OUTORGADO

Nome: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES

NOME: JOÃO VASCONCELOS  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO

NACIONALIDADE: BRASILEIRA  
PROFISSÃO: ENFERMEIRO PÚBLICO APOSENTADO

IDENTIDADE: 309.20.28-887/PE e CPF: 574.940.534/68

DIRETÓRIO

Rua São Bento, nº 340 - centro, SANTOS

(PE)

PELO PRESENTE INSTRUMENTO, PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E  
CONSTITUÍO MEU BASTANTE PROCURADIOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A  
QUEM CONFIÓ PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE  
CONSTITUÍO CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SANTA MARIA DO FEIRENSE DE NOVEMBRO DE 2019.  
CAMBUCÁ

~~As you are the firm~~

(RECONHECER FIRMA POR 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](http://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](http://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 médica-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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 10/02/2020

Data do cadastramento: 10/02/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 574.940.534-68

CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

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

---

Rio de Janeiro, 21 de 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:

<b>Autorização de pagamento</b>	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

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

---

Rio de Janeiro, 21 de 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



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

---

**Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

**Rio de Janeiro, 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:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº doório ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	045.021.158/43	JOACI JOSE DE LIMA	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:
JOACI JOSE DE LIMA	045.021.158-43
7 - Profissão:	8 - Endereço:
REC. INF.	RUA DO CAMPO
11 - Bairro:	12 - Cidade:
CENTRO	SANTA MARIA DO CAMBUCÁ
13 - E-mail:	14 - CEP:
	55365-000
16 - Tel. (DDD):	17 - Tel. (DDD):
	181199666-0454

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 - Profissão do Representante Legal:
19 - CPF 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.005,00 ATÉ R\$2.505,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POLIPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assimile uma opção)

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

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 45.785 (Informar o dígito se excluir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: (Informar o dígito se excluir) CONTA: (Informar o dígito se excluir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar no 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 sou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legis. (IML) para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atende 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 condições permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 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 divergir do seu conteúdo.

23 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Vívo  Óbito da vítima

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

34 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo) 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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SANTA MARIA DO CAMBUCÁ, PE, 10/01/2020  
X JOACI JOSE DE LIMA  
Assinatura do declarante

41 - Assinatura da testemunha

42 - Assinatura da testemunha

43 - Assinatura da testemunha

44 - Assinatura da testemunha

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHA

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <b>045.021.158/43 JOACI JOSE DE LIMA</b>	

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
<b>JOACI JOSE DE LIMA</b>	<b>045.021.158-43</b>		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
<b>REC. TUE.</b>	<b>RUA DO CAMPO</b>	<b>03</b>	<b>CASA</b>
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
<b>CENTRO</b>	<b>SANTA MARIA DO CAMBUCA</b>	<b>PE</b>	<b>55765-000</b>
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): <b>18199665-0154</b>		

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

DADOS CADASTRAIS

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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

 CONTA POUPANÇA (Sorvete para os bancos abaixo. Assinale todos que:

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

 AGENCIA: **1295** CONTA: **45.785** (Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Indica os bancos)

Nome do BANCO:

 AGENCIA:  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/embolso 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

 INVALIDEZ  
PERMANENTE

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado, cidade da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Morto (data falecimento)	24 - Data do falecimento da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:				
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar <input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar <input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	34 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilização criminal prevista no artigo 203 do Código Penal.

NÃO AUTORIZADO

34

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36

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

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

 40 - Local e Data: **SANTA MARIA DO CAMBUCA / PE / 14/01/2020**

 X **Joaci Jose de Lima**  
 Assinatura do beneficiário (declarante)

ESTE FORMULÁRIO



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 - Culposo (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 SITIO 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 (CPP)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**  
Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 981163070**

Residencial: **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: **9C2KC221CR046634**

Ano Fabricação/Modelo: 2018/2016 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:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº doório ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	045.021.158/43	JOACI JOSE DE LIMA	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:
JOACI JOSE DE LIMA	045.021.158-43
7 - Profissão:	8 - Endereço:
REC. INF.	RUA DO CAMPO
11 - Bairro:	12 - Cidade:
CENTRO	SANTA MARIA DO CAMBUCÁ
13 - E-mail:	14 - CEP:
	55365-000
16 - Tel. (DDD):	181199666-0454

## 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 - Profissão do Representante Legal:
19 - CPF 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.005,00 ATÉ R\$2.505,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

## 21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTELA)

### CONTA POLIPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assimile uma opção)

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

AGÊNCIA: 1295

CONTA: 45.785

(Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar no 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da Lei, que não sou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legis. (IML) para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.194/74). Una 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 condições permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 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 divergir do seu conteúdo.

MORTE

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Vívios	24 - Data da morte da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou compenheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou compenheiro(a), informar o nome completo:		

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (varas):  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 devidamente indemnizada, o valor daqueles beneficiários que se apresentarem e provissem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

34  
Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SANTA MARIA DO CAMBUCÁ, PR, 10/01/2020

X JOACI JOSE DE LIMA  
(declarante)

NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHA

# 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  
MIREIA LAURINDA DE ALBUQUERQUE MATRÍCULA: 103274170 OUT/2019  
R DO CAMPO, N. 00007 - CENTRO SANTA MARIA DO CAMBUCA PE 5576  
5-000  
INSCRIÇÃO: 127.100.238.0054-000 GRUPO: 18 DEB. AUTOMATICO: 103274170

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUINTAL/AREIA DE ESTOQUE/VS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HYDRÔMETRO 1108473702	DATA LEIT. ANTERIOR 14/10/2019	DATA LEIT. ATUAL 13/11/2019		TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA HD

ÁGUA:  
LEIT. ANF: 416 CONSUMO: 6  
LEIT. ATU: TAXA MÍNIMA  
LEIT. FATI: 426

HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERÊNCIA CONSUMO

09/2019	11	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG.	PORT.	ANALISES
08/2019	06	TURBIDEZ	10	12	12
07/2019	07	COR APARENTE	10	12	12
06/2019	07	CLORO RESIDUAL	10	12	12
05/2019	06	COLEIF. TOTAIS	10	12	12
04/2019	01	E. COLI	10	12	12

MÉDIA: 06 Qualidade de Água: [www.compesa.com.br](http://www.compesa.com.br)

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	6 M3	9,22
JUROS DE MORA 08/2019		0,03

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPORTE
IS	9,22	1,65	0,15
CSF/IR	9,22	7,60	0,70

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

AVISOS: ATENDIMENTO PÓS-VENDA: 0800-06101955  
ATENDIMENTO: 0800-06101955  
VALORIZAMENTOS: 0800-06101955  
TOTAL: R\$ 9,25 REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGATIVAÇÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA

