



Número: **0018257-41.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **06/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LEANDRO BEZERRA LINS (AUTOR)		EWEERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65359370	28/07/2020 10:42	ANEXO 1	Outros (Documento)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012564914901
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 870341278 RNTC ***** EXERCÍCIO 2016

NOME
LUANA MARIA DA SILVA

CARUARU-PE

CPF/CNPJ 123.416.944-46 PLACA KLM3696

PLACA ANT./UF ***** CHASSI 9C2KC08506R804334

ESPÉCIE TIPO PA3 MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN ES ANO FAB. 2005 ANO MOD. 2008

CAP./POT./CIL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª *****

IPVA 2016 QUITADO FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2ª *****

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

SEGURO PAGO OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE PORTO OBRIGATORIO TRANSFERENCIA

CARUARU-PE 06/12/16

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS ELESIAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE DO PORTO DE CARGA APESSO
TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

PE Nº 012564914901 BILHETE DE SEGURO DPVAT
LUANA MARIA DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvat.segurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0600 022 1204

CARUARU-PE EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 06/12/16

VIA 1 CPF/CNPJ 123.416.944-46 PLACA KLM3696

RENAVAM 870341278 MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN ES

ANO FAB. 2005 CAT. 09 Nº CHASSI 9C2KC08506R804334

PRÊMIO TARIFARIO

PRE (R\$) CONTRAT. (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IGP (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.608/0001-04

www.seguradoredlider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

FEV-2016



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012564914901
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RNTC EXERCÍCIO
1 870341278 ***** 2016

NOME
LUANA MARIA DA SILVA

CARUARU-PE

CPF/CNPJ PLACA
123.416.944-46 KLM3696

PLACA ANT./UF CHASSI
***** 9C2KC08506R804334

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
PA3 MOTOCICLETA GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. - ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN ES 2005 2008

CAP./POT./CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/149CL PARTIC PRETA

COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS
IPVA 2016 QUITADO 1ª *****

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2ª *****
3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE PORTO OBRIGATORIO
TRANSPORTE

LOCAL DATA
CARUARU-PE 06/12/16

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS E LESOES CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE DO PORTO DE CARGA APESSO
TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

PE Nº 012564914901 BILHETE DE SEGURO DPVAT
LUANA MARIA DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0600 022 1204

CARUARU-PE EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2016 06/12/16

VIA CPF/CNPJ PLACA
1 123.416.944-46 KLM3696

RENDAIMARCA/MODELO
870341278 HONDA/CG 150 TITAN ES

ANO FAB. CAT. TUB. Nº CHASSI
2005 09 9C2KC08506R804334

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRE (R\$) CONTRAT. (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.608/0001-04

www.seguradoredlider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

FEV-2016



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380089/19

Vítima: LEANDRO BEZERRA LINS

CPF: 054.522.714-30

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 08/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEANDRO BEZERRA LINS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
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

LEANDRO BEZERRA LINS : 054.522.714-30

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: 30/10/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190612988 **Cidade:** Toritama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO BEZERRA LINS **Data do acidente:** 08/01/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.
TRAUMA CORTO CONTUSO NO HÁLUX DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA (PÉ - P4), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

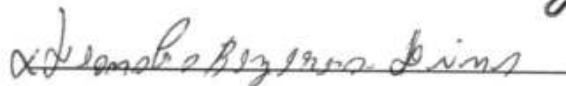
NOME: LEANDRO BEZERRA LINS
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 7.336.803 SDS/PE CPF: 054.522.714-30
DATA DO ACIDENTE: 08/01/2018
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: LEANDRO BEZERRA LINS
ENDEREÇO: AV JOÃO JOAQUIM DA SILVA, 214, LOTTO COQUEIRAL, TORITAMA /PE

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: FUNCIONARIO PUBLICO APOSENTADO
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-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 CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA

TORITAMA - PE 25 DE OUTUBRO 2019.



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Gleyson A. M. de Araujo
ESCREVENTE AUTORIZADO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

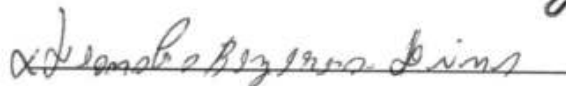
NOME: LEANDRO BEZERRA LINS
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 7.336.803 SDS/PE CPF: 054.522.714-30
DATA DO ACIDENTE: 08/01/2018
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: LEANDRO BEZERRA LINS
ENDEREÇO: AV JOÃO JOAQUIM DA SILVA, 214, LOTTO COQUEIRAL, TORITAMA /PE

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: FUNCIONARIO PUBLICO APOSENTADO
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-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 CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA

TORITAMA - PE 25 DE OUTUBRO 2019.



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Gleyson A. M. de Araujo
ESCREVENTE AUTORIZADO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0061571/20

Vítima: LEANDRO BEZERRA LINS

CPF: 054.522.714-30

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 08/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEANDRO BEZERRA LINS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

LEANDRO BEZERRA LINS : 054.522.714-30

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: 14/02/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/02/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380089/19

Vítima: LEANDRO BEZERRA LINS

Data do acidente: 08/01/2018

CPF: 054.522.714-30

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEANDRO BEZERRA LINS

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
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

LEANDRO BEZERRA LINS : 054.522.714-30

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: 30/10/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA





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

Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190612988

Vítima: LEANDRO BEZERRA LINS

Data do Acidente: 08/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEANDRO BEZERRA LINS

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

Carta nº 15039723





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

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190612988

Vítima: LEANDRO BEZERRA LINS

Data do Acidente: 08/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LEANDRO BEZERRA LINS

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 15/01/2018, emitida pelo Dr. JOSÉ VINÍCIUS GOMES DOS SANTOS, CRM nº 25516 - PE, da Instituição HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01991/01992 - carta_31 - INVALIDEZ

00060996



Carta nº 1507748





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

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200076098

Vítima: LEANDRO BEZERRA LINS

Data do Acidente: 08/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEANDRO BEZERRA LINS

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

Carta nº 15511877

Pag. 01047/01048 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 17 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200076098

Vítima: LEANDRO BEZERRA LINS

Data do Acidente: 08/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LEANDRO BEZERRA LINS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01315/01316 - carta_04 - INVALIDEZ

0004.0658



Carta nº 15522570



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: 054.522.714-30 4 - Nome completo da vítima: LEANDRO BEZERRA LINS

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

5 - Nome completo: LEANDRO BEZERRA LINS 6 - CPF: 054.522.714-30
7 - Profissão: REC. SNF 8 - Endereço: AV. JOAO JOAQUIM DA SILVA 9 - Número: 214 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: LOTTO COAGIRAL 12 - Cidade: TORITAMA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55125-000
15 - E-mail: AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR 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:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2551 CONTA: 359105 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestada

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, TORITAMA 28/10/2019

Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DOC 001 UNQ2/2019



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: 054.522.714-30 4 - Nome completo da vítima: LEANDRO BEZERRA LINS

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

5 - Nome completo: LEANDRO BEZERRA LINS 6 - CPF: 054.522.714-30
7 - Profissão: REC. SNF 8 - Endereço: AV. JOAO JOAQUIM DA SILVA 9 - Número: 214 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: LOTTO COAGIRAL 12 - Cidade: TORITAMA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55125-000
15 - E-mail: AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR 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: ☒ RECURSO 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 (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2551 CONTA: 359105 3 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 estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vul nascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 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, TORITAMA 28/10/2019
41 - Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DOC 001 UNQ2/2019



2 de 2

05/03/2018 14:39



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 129ª CIRCUNSCRIÇÃO - TORITAMA -
DP129ªCIRC DINTER/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0219000323**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/03/2018** às
14:51

Complementa o BO Número: 18E0219000298

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **8/1/2018** no período da **Madrugada**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRANSITO/MOTOCICLETA**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TORITAMA, 1, BR104 - Bairro:**

CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ELEMENTO DESCONHECIDO (AUTOR VAGENTE)

SIMONE CRISTIANE DA SILVA (NOTICIANTE)

LEANDRO BEZERRA LINS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a).
LEANDRO BEZERRA LINS

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

LEANDRO BEZERRA LINS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ZILDA

MARIA DE OLIVEIRA Pai: ARLINDO BEZERRA LINS Data de Nascimento: 13/2/1926

Naturalidade: **AGUA PRETA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7336803/SDS/PE (RG).**

05452271430 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO

Profissão: **COSTUREIRO(A)**

SIMONE CRISTIANE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA

SEVERINA DA SILVA Pai: GERALDO POSSIDONIO DA SILVA Data de Nascimento: 15/6/1988

Naturalidade: **TORITAMA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8814861/SDS/PE (RG).**

09442157426 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: ANALFABETO Profissão: DO LAR

Telefones Celulares:

- **81983706413**

ELEMENTO DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe:

Pai: Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/POLICIA CIVIL/.infopol/xml/BOEPrev...

MOTOCICLETA HONDA CG 150 KLM3696 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a):
LEANDRO BEZERRA LINS, que estava em posse do(a) Sr(a): **LEANDRO BEZERRA LINS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KLM3696** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KCO8506R804334**
Ano Fabricação/Modelo: **2006/2006**

Complemento / Observação

RELATA A NOTICIANTE QUE NO DIA 08/01/2018 A VÍTIMA LEANDRO BEZERRA LINS SOFREU ACIDENTE DE MOTOCICLETA, SENDO CONDUZIDO PELO SAMU AO HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA EM TORITAMA, SENDO ATENDIDO E TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NO RECIFE. NESTA DATA COMPARECEU A ESTA DP A SENHORA SIMONE CRISTIANE DA SILVA IDENTIDADE 8814991 SDS/PE, CPF 094421674 26, SOLICITANDO A RETIFICAÇÃO DA DATA DO ACIDENTE CONSTA NESTE BO 08.02.2018, PARA .08. 01.2018, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO DO SAMU DATADA DE 29.01.2018 RELATANDO A OCORRÊNCIA, NA DATA MENCIONADA.(RETIFICADA) NESTA DATA A PESSOA DE SIMONE CRISTIANE DA SILVA, VEM ACRESCENTAR O NOME DA PESSOA QUE ESTÁ NO DUCUMENTO DA MOTOCICLETA DE PLACA KLM3696. LUANA MARIA DA SILCA, CPF 123.416.944-46. NA OPORTUNIDADE A NOTICIANTE APRESENTA XEROX DO CRLV DA MOTOCICLETA REFERENC IA. É O QUE FIZ CONSTAR.

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

SIMONE CRISTIANE DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **Rui Jose Medeiros Silva** - Matrícula: **381102-6**



2 de 2

05/03/2018 14:39



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 129ª CIRCUNSCRIÇÃO - TORITAMA -
DP129ªCIRC DINTER/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0219000323**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/03/2018** às
14:51

Complementa o BO Número: 18E0219000298

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **8/1/2018** no período da **Madrugada**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRANSITO/MOTOCICLETA**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TORITAMA, 1, BR104 - Bairro:**

CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ELEMENTO DESCONHECIDO (AUTOR VAGENTE)

SIMONE CRISTIANE DA SILVA (NOTICIANTE)

LEANDRO BEZERRA LINS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a).
LEANDRO BEZERRA LINS

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

LEANDRO BEZERRA LINS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ZILDA

MARIA DE OLIVEIRA Pai: ARLINDO BEZERRA LINS Data de Nascimento: 13/2/1926

Naturalidade: **AGUA PRETA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7336803/SDS/PE (RG).**

05452271430 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO

Profissão: **COSTUREIRO(A)**

SIMONE CRISTIANE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA

SEVERINA DA SILVA Pai: GERALDO POSSIDONIO DA SILVA Data de Nascimento: 15/6/1988

Naturalidade: **TORITAMA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8814861/SDS/PE (RG).**

09442157426 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: ANALFABETO Profissão: DO LAR

Telefones Celulares:

- **81983706413**

ELEMENTO DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe:

Pai: Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/POLICIA CIVIL/.infopol/xml/BOEPrev...

MOTOCICLETA HONDA CG 150 KLM3696 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a):
LEANDRO BEZERRA LINS, que estava em posse do(a) Sr(a): **LEANDRO BEZERRA LINS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KLM3696** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KCO8506R804334**
Ano Fabricação/Modelo: **2006/2006**

Complemento / Observação

RELATA A NOTICIANTE QUE NO DIA 08/01/2018 A VÍTIMA LEANDRO BEZERRA LINS SOFREU ACIDENTE DE MOTOCICLETA, SENDO CONDUZIDO PELO SAMU AO HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA EM TORITAMA, SENDO ATENDIDO E TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NO RECIFE. NESTA DATA COMPARECEU A ESTA DP A SENHORA SIMONE CRISTIANE DA SILVA IDENTIDADE 8814991 SDS/PE, CPF 094421674 26, SOLICITANDO A RETIFICAÇÃO DA DATA DO ACIDENTE CONSTA NESTE BO 08.02.2018, PARA .08. 01.2018, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO DO SAMU DATADA DE 29.01.2018 RELATANDO A OCORRÊNCIA, NA DATA MENCIONADA.(RETIFICADA) NESTA DATA A PESSOA DE SIMONE CRISTIANE DA SILVA, VEM ACRESCENTAR O NOME DA PESSOA QUE ESTÁ NO DUCUMENTO DA MOTOCICLETA DE PLACA KLM3696. LUANA MARIA DA SILCA, CPF 123.416.944-46. NA OPORTUNIDADE A NOTICIANTE APRESENTA XEROX DO CRLV DA MOTOCICLETA REFERENC IA. É O QUE FIZ CONSTAR.

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

SIMONE CRISTIANE DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **Rui Jose Medeiros Silva** - Matrícula: **381102-6**



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: 054.522.714-30 4 - Nome completo da vítima: LEANDRO BEZERRA LINS

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

5 - Nome completo: LEANDRO BEZERRA LINS 6 - CPF: 054.522.714-30
7 - Profissão: REC. SNF 8 - Endereço: AV. JOAO JOAQUIM DA SILVA 9 - Número: 214 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: LOTTO COAGIRAL 12 - Cidade: TORITAMA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55125-000
15 - E-mail: AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR 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: ☒ RECURSO 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 (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2551 CONTA: 359105 3 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 estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vul nascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 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, TORITAMA 28/10/2019
41 - Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DOC 001 UNQ2/2019



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: 054.522.714-30 4 - Nome completo da vítima: LEANDRO BEZERRA LINS

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

5 - Nome completo: LEANDRO BEZERRA LINS 6 - CPF: 054.522.714-30
7 - Profissão: REC. SNF 8 - Endereço: AV. JOAO JOAQUIM DA SILVA 9 - Número: 214 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: LOTTO COAGIRAL 12 - Cidade: TORITAMA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55125-000
15 - E-mail: AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR 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:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2551 CONTA: 359105 3 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 estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
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, TORITAMA 28/10/2019

41 - Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

EDC 001 UNQ2/2019





**SAMU
192**

Prefeitura Municipal de Toritama
Secretaria de Saúde de Toritama

Toritama, 29 de janeiro de 2018

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins em atenção ao pedido do Sr. **LEANDRO BEZERRA LINS** portador do RG **7.336.803** SDS-PE e CPF **054.522.714-30** que consta nos registros de ocorrências N°**0010** do **SAMU** Toritama, atendimento realizado por esse serviço ao mesmo, no dia 08 do mês de janeiro do ano de 2018 às 00:00hs: 03min. No endereço: na BR 104 (Próximo ao lixão)) município de Toritama com queixa de queda e Moto tendo sido enviada a **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO**, que prestou atendimento a vítima no local sendo transportado para o **HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA**, na cidade de Toritama-Pe.

De acordo com o registro de informações do **SAMU** foram realizados no paciente o os seguintes procedimentos: Avaliação, imobilização e remoção.

Ana Paula S. M. A.
Enfermeira
COREN-PE 334662
COORDENADORA
SAMU

ANA PAULA SILVA DE ASSIS-ENF-COREN-PE 334662

COORD. SAMU Toritama

Recebi esta declaração do SAMU Toritama em -----/-----/-----





**SAMU
192**

Prefeitura Municipal de Toritama
Secretaria de Saúde de Toritama

Toritama, 29 de janeiro de 2018

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins em atenção ao pedido do Sr. **LEANDRO BEZERRA LINS** portador do RG **7.336.803** SDS-PE e CPF **054.522.714-30** que consta nos registros de ocorrências N°**0010** do **SAMU** Toritama, atendimento realizado por esse serviço ao mesmo, no dia 08 do mês de janeiro do ano de 2018 às 00:00hs: 03min. No endereço: na BR 104 (Próximo ao lixão)) município de Toritama com queixa de queda e Moto tendo sido enviada a **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO**, que prestou atendimento a vítima no local sendo transportado para o **HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA**, na cidade de Toritama-Pe.

De acordo com o registro de informações do **SAMU** foram realizados no paciente o os seguintes procedimentos: Avaliação, imobilização e remoção.

Ana Paula S. M. A.
Enfermeira
COREN-PE 334662
COORDENADORA
SAMU

ANA PAULA SILVA DE ASSIS-ENF-COREN-PE 334662

COORD. SAMU Toritama

Recebi esta declaração do SAMU Toritama em -----/-----/-----





BOMBA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV. JOÃO JOAQUIM DA SILVA, 214

LUIZ CONCEIÇÃO TORITAMA
TORITAMA-PE
55125-000

4003101733	07/2019
17/07/2019	09/08/2019
	165,71

165,71

NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
------------	-------------	-------------

1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

SPRING 2003 VOL. 31/NO. 2

DE TUBERÍAS

CONCLUSIONS

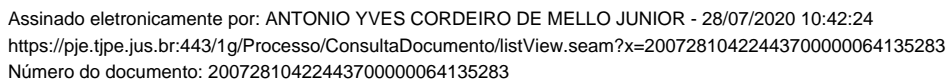
As a leading provider of
business training, **Continental** offers
a wide range of courses.

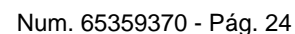
2000-2001
 2001-2002
 2002-2003
 2003-2004
 2004-2005
 2005-2006
 2006-2007
 2007-2008
 2008-2009
 2009-2010
 2010-2011
 2011-2012
 2012-2013
 2013-2014
 2014-2015
 2015-2016
 2016-2017
 2017-2018
 2018-2019
 2019-2020
 2020-2021
 2021-2022
 2022-2023
 2023-2024
 2024-2025
 2025-2026
 2026-2027
 2027-2028
 2028-2029
 2029-2030
 2030-2031
 2031-2032
 2032-2033
 2033-2034
 2034-2035
 2035-2036
 2036-2037
 2037-2038
 2038-2039
 2039-2040
 2040-2041
 2041-2042
 2042-2043
 2043-2044
 2044-2045
 2045-2046
 2046-2047
 2047-2048
 2048-2049
 2049-2050
 2050-2051
 2051-2052
 2052-2053
 2053-2054
 2054-2055
 2055-2056
 2056-2057
 2057-2058
 2058-2059
 2059-2060
 2060-2061
 2061-2062
 2062-2063
 2063-2064
 2064-2065
 2065-2066
 2066-2067
 2067-2068
 2068-2069
 2069-2070
 2070-2071
 2071-2072
 2072-2073
 2073-2074
 2074-2075
 2075-2076
 2076-2077
 2077-2078
 2078-2079
 2079-2080
 2080-2081
 2081-2082
 2082-2083
 2083-2084
 2084-2085
 2085-2086
 2086-2087
 2087-2088
 2088-2089
 2089-2090
 2090-2091
 2091-2092
 2092-2093
 2093-2094
 2094-2095
 2095-2096
 2096-2097
 2097-2098
 2098-2099
 2099-2100
 2100-2101
 2101-2102
 2102-2103
 2103-2104
 2104-2105
 2105-2106
 2106-2107
 2107-2108
 2108-2109
 2109-2110
 2110-2111
 2111-2112
 2112-2113
 2113-2114
 2114-2115
 2115-2116
 2116-2117
 2117-2118
 2118-2119
 2119-2120
 2120-2121
 2121-2122
 2122-2123
 2123-2124
 2124-2125
 2125-2126
 2126-2127
 2127-2128
 2128-2129
 2129-2130
 2130-2131
 2131-2132
 2132-2133
 2133-2134
 2134-2135
 2135-2136
 2136-2137
 2137-2138
 2138-2139
 2139-2140
 2140-2141
 2141-2142
 2142-2143
 2143-2144
 2144-2145
 2145-2146
 2146-2147
 2147-2148
 2148-2149
 2149-2150
 2150-2151
 2151-2152
 2152-2153
 2153-2154
 2154-2155
 2155-2156
 2156-2157
 2157-2158
 2158-2159
 2159-2160
 2160-2161
 2161-2162
 2162-2163
 2163-2164
 2164-2165
 2165-2166
 2166-2167
 2167-2168
 2168-2169
 2169-2170
 2170-2171
 2171-2172
 2172-2173
 2173-2174
 2174-2175
 2175-2176
 2176-2177
 2177-2178
 2178-2179
 2179-2180
 2180-2181
 2181-2182
 2182-2183
 2183-2184
 2184-2185
 2185-2186
 2186-2187
 2187-2188
 2188-2189
 2189-2190
 2190-2191
 2191-2192
 2192-2193
 2193-2194
 2194-2195
 2195-2196
 2196-2197
 2197-2198
 2198-2199
 2199-2200
 2200-2201
 2201-2202
 2202-2203
 2203-2204
 2204-2205
 2205-2206
 2206-2207
 2207-2208
 2208-2209
 2209-2210
 2210-2211
 2211-2212
 2212-2213
 2213-2214
 2214-2215
 2215-2216
 2216-2217
 2217-2218
 2218-2219
 2219-2220
 2220-2221
 2221-2222
 2222-2223
 2223-2224
 2224-2225
 2225-2226
 2226-2227
 2227-2228
 2228-2229
 2229-2230
 2230-2231
 2231-2232
 2232-2233
 2233-2234
 2234-2235
 2235-2236
 2236-2237
 2237-2238
 2238-2239
 2239-2240
 2240-2241
 2241-2242
 2242-2243
 2243-2244
 2244-2245
 2245-2246
 2246-2247
 2247-2248
 2248-2249
 2249-2250
 2250-2251
 2251-2252
 2252-2253
 2253-2254
 2254-2255
 2255-2256
 2256-2257
 2257-2258
 2258-2259
 2259-2260
 2260-2261
 2261-2262
 2262-2263
 2263-2264
 2264-2265
 2265-2266
 2266-2267
 2267-2268
 2268-2269
 2269-2270
 2270-2271
 2271-2272
 2272-2273
 2273-2274
 2274-2275
 2275-2276
 2276-2277
 2277-2278
 2278-2279
 2279-2280
 2280-2281
 2281-2282
 2282-2283
 2283-2284
 2284-2285
 2285-2286
 2286-2287
 2287-2288
 2288-2289
 2289-2290
 2290-2291
 2291-2292
 229

Source: *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283:1211-1214.

DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 10

View.seam?x=20072810422443700







Tarifa Social de Energia Elétrica Criado pela Lei 10.436, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-002
 CNPJ 10.535.932/0001-08 | Insc. Est. 000840-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 JOSÉ LUCIANO DE CARVALHO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 AV. JOÃO JOAQUIM DA SILVA, 214

CPF 045 128 944-08

LOTIO CONJUREAL/TORITAMA
 TORITAMA-PE
 55125-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

Nº FATORIAL	TIPO	PERÍODO
000000017	UNICA	10/10/2019
PERÍODO	Nº DO CLIENTE	Nº DO FATORIAL
10/10/2019	200219910	3999404

4003101733 07/2019
 DATA DE EMISSÃO DATA DE VENCIMENTO
 17/07/2019 09/08/2019
 VALOR A PAGAR (R\$) 165,71

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Resid. Vltg	190,0000000	0,7605095	146,31
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,00
Contrib. Ruro. P.ública Municipal			9,56
ICMS Subvenção - CDC-48º 061471364-10/05/19			1,40
Multa por atraso - NF 061471364-10/05/19			3,51
Juros por atraso - NF 061471364-10/05/19			1,56
Atualização ICPI 1 NF 061471364-10/05/19			0,69
PRO-CRAWING - 0013473-0860 0000131 0000			0,90
Bonus ITAPU - a 1 21 da Lei 10.436/02			-1,42
TOTAL DA FATURA			165,71

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL	ANTERIOR	DATA	ATUAL	Nº DE	CONSTANTE	ARISTE	CONSUMO (KWH)
MP DO	TIPO DA	DATA	LEITURA	DATA	DATA		
MENOR	FUNÇÃO						
17/0000	CAT	14/06/2019	28 799,00	16/07/2019	33 799,00	36	1 000,00

MÉDIA DE CONSUMO		DESCRIÇÃO DO CONSUMO		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
MÉDIA (KWH)		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	
AR 19 180		ICMS	149,34	0,00	14,93
AR 19 209		PRO	149,34	0,00	1,22
AR 19 209		COPING	149,34	0,00	0,00
AR 19 190					
AR 19 175					
AR 19 224					
AR 19 180					
AR 19 207					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					
AR 19 180					
AR 19 191					

ATENÇÃO! CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSA CONTAS EM ABERTO

DATA DE TITULO	VALOR DO TITULO	DATA DE TITULO	VALOR DO TITULO
17/0000	170,00	17/0000	170,00

Este sistema eletrônico de cobrança de tarifas de energia elétrica é baseado no sistema de cobrança de tarifas de energia elétrica desenvolvido pela CELPE. O sistema eletrônico de cobrança de tarifas de energia elétrica desenvolvido pela CELPE é baseado no sistema de cobrança de tarifas de energia elétrica desenvolvido pela CELPE. O sistema eletrônico de cobrança de tarifas de energia elétrica desenvolvido pela CELPE é baseado no sistema de cobrança de tarifas de energia elétrica desenvolvido pela CELPE.

PERÍODO	VALOR	PERÍODO	VALOR
10/10/2019	165,71	10/10/2019	165,71

As tarifas de energia elétrica são calculadas com base no sistema de cobrança de tarifas de energia elétrica desenvolvido pela CELPE. O sistema eletrônico de cobrança de tarifas de energia elétrica desenvolvido pela CELPE é baseado no sistema de cobrança de tarifas de energia elétrica desenvolvido pela CELPE.

Este sistema eletrônico de cobrança de tarifas de energia elétrica é baseado no sistema de cobrança de tarifas de energia elétrica desenvolvido pela CELPE. O sistema eletrônico de cobrança de tarifas de energia elétrica desenvolvido pela CELPE é baseado no sistema de cobrança de tarifas de energia elétrica desenvolvido pela CELPE.

PERÍODO	VALOR	PERÍODO	VALOR
10/10/2019	165,71	10/10/2019	165,71





Tarifa Social 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, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-002
CNPJ 16.833.932/0001-08 | Ins. Est. 9005943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ALISSA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
CENTRO/SURUBIM
SURUBIM PE
55750-000

CPF: 945.354.444-04

CENTRO/SURUBIM
SURUBIM PE
55750-000

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA 7005749888 MÊS 10/2019

Nº DA NOTA FISCAL 07/07/2019
SERIE 132-A
EMISSÃO 07/10/2019

DATA DE VENCIMENTO 14/10/2019
VENCIMENTO 07/11/2019

APRESENTAÇÃO 07/10/2019
Nº DO CLIENTE 2011100300
Nº DE INSTALAÇÃO 3723000

TOTAL A PAGAR (R\$) 102,74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	108,000000	0,8108953	87,55
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,50
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,01
Contrib. Imp. Pública Municipal			8,64
ICMS Subvenção CCE-UF 080234779-04/07/19			0,78
ICMS Subvenção CCE-UF 073044203-05/08/19			0,60
Multa por atraso-UF 075948284-04/08/19			1,35
Juros por atraso-UF 075948284-04/08/19			0,11

TOTAL DA FATURA

102,74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
K07914	CA1	04-09-2019 LEITURA 28.137,00	27-10-2019 LEITURA 28.137,00	23	1,0000		108,00

PERÍODO DE CONSUMO	INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
OUT-19 - 996		
SET-19 - 91		
AGO-19 - 112		
Jul-19 - 113		
Jun-19 - 162		
Mai-19 - 152		
Abr-19 - 172		
Mar-19 - 166		
FEV-19 - 167		
JAN-19 - 133		
DEZ-18 - 176		
NOV-18 - 166		
OUT-18 - 132		

PERÍODO DE CONSUMO	INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
OUT-19 - 996		
SET-19 - 91		
AGO-19 - 112		
Jul-19 - 113		
Jun-19 - 162		
Mai-19 - 152		
Abr-19 - 172		
Mar-19 - 166		
FEV-19 - 167		
JAN-19 - 133		
DEZ-18 - 176		
NOV-18 - 166		
OUT-18 - 132		

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para mais detalhes sobre o seu consumo, consulte o site: www.celpe.com.br.
Toda vez que o cliente for informado sobre o consumo, o CELPE enviará uma mensagem de texto para o celular do cliente.
O CELPE não se responsabiliza por erros de leitura ou de registro de dados. O cliente deve verificar os dados antes de pagar a conta.
O cliente deve pagar a conta dentro do prazo estabelecido para evitar o corte do fornecimento de energia.
O cliente deve pagar a conta dentro do prazo estabelecido para evitar o corte do fornecimento de energia.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site: www.celpe.com.br.
O cliente deve ler atentamente as condições gerais de fornecimento de energia elétrica antes de assinar o contrato de fornecimento de energia elétrica.

CELPE
Serviços
credenciado



ATENÇÃO

A vida útil dos dados impressos neste comprovante dependerá de alguns cuidados: archive-o em local seco, sem contato com plásticos, produtos químicos ou óleo. Não o exponha também à luz do sol, lâmpadas fluorescentes e fontes de calor.



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A 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/BIBLIOTECABWEB/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 JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LEANDRO BEFERRA LINS inscrito
(a) no CPF sob o Nº 054.522.714 / 30, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
LEANDRO BEFERRA LINS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.522.714 / 30, 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 JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55450-000</u>
Email <u>AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR</u>	Telefone comercial(DDD) <u>81-99665.0454</u>	Telefone celular (DDD) <u>81-98133.5022</u>	

JOANILMA 28 de OUTUBRO de 2019

Local e Data



Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017



Toritama, 05 de Fevereiro de 2017.

**Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima
Declaração de Atendimento Hospitalar**

DECLARAÇÃO nº 021/2018

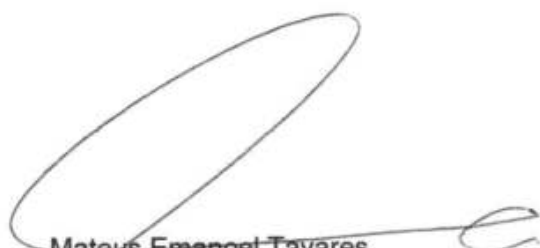
Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Para: **LEANDRO BEZERRA LINS**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor (a) **LEANDRO BEZERRA LINS** deu entrada nesta unidade como consta na ficha geral de emergência no registro nº 72.421, no dia 08/01/2018 foi atendido e em seguida sendo TRANSFERIDO.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,



Mateus Emanuel Tavares
Coordenador de Unidade de Saúde

Av. João Manoel da Silva ▪ Centro – Toritama - Pernambuco ▪
Telefone: 3741- 1192 ▪ E-mail – admhospitaltoritama@gmail.com
CNPJ: 11.073.548/0001-88 Fundo Municipal de Saúde de Toritama





HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

Neuro Trauma

5336759 FICHA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Registro:	Hora:	Nome do Paciente:	Sexo:	Data de Entrada:
72.421	00:36	Isacando Borges Lima	M	08.01.2018
Idade:	RG:	Orgão Emissor:	CPF:	Estado Civil:
32	7.336.803	SDS/PE	nao tem	
Data de Nascimento:	Naturalidade:			
13.02.1985	papaete - PE			
Endereço:	Número:	Complemento:		
R:		Casa		
Cidade:	Bairro:	UF:	CEP:	
		PE		
SUS:	Profissão:			
nao tem				
Nome da Mãe:	Nome do Pai:			
Alma Maria de Oliveira	Isacando Borges Lima			
Nome do Responsável:	Telefone:			

PA: 11 x 80	PULSO: 92	FR: 21	HGT: 168	PESO: 70	T(°C): -
SpO ₂ ambiente: 98%	SpO ₂ com O ₂ L/min:				
CLASSIFICAÇÃO: <input checked="" type="radio"/> VERMELHO <input type="radio"/> AMARELO <input type="radio"/> VERDE <input type="radio"/> AZUL ASSINATURA E CARIMBO:					

HDA: pit aludizado vítima de queda de moto, lesões por contusão.

Hipertensão: () sim () não // Diabetes: () sim () não //

APP:

EXAME GERAL: R. sup. e inf.	OROSCOPIA:
OTOSCOPIA:	NEUROLÓGICO:
ACV: R. IT PD 90 bpm	GLASGOW: 15
AR: 11/7 M 11/7 S 11/7 R 11/7	NUCA:
ABDOMEN:	PUPILAS:
MEMBROS:	PELE:

Diagnóstico

Provisório:

Alergias: () Sim () Não

Conduta:

1. 5F 2,9% 500ml EV 2x/dia (13), (2)
2. Difenidramina 1% - 10mg - 100ml EV
3. Glicose 50% 100ml, 100ml, 100ml, 100ml

MÉDICO(CRM)

Raymundo Cruz
CRM 25878



**SECRETARIA
DE SAÚDE
ENCAMINHAMENTO**

Prefeitura Municipal de
Toritama
A mudança começou.



1ª VIA - AO PACIENTE

Por não constituir caso para tratamento nesta unidade, estamos encaminhando o paciente:

NOME DO PACIENTE **Leandro Genuaro Lins**

REGISTRO Nº **72.421**

IDADE **32** RESIDENTE **Toritama**

PARA O HOSPITAL **HR - NO RO / TRAUMA**

SENHA Nº **5396759**

ESCLARECE SE O MESMO É PORTADOR DE:

Act vítima de acidente de moto. Chegou ao serviço, trazido pelo SAMU, consciente, porém desorientado e desorientado. Foi estabilizado e realizou raio X de tórax, cervical, bacia e pé (D) (por lesão importante). Constata fratura de Ulna e do rádio e fratura óssea na cervical.

AA: 110 x 80 mmHg. FC: 90 bpm SpO2 98% M.A.A.

Ref. 168. Neuro: pupilas isocólicas e fotorresistentes. MVE M AHT S/R.A.

Transferido por estável, em uso de SVD e tra diurese, SpO2 98%. M.A.A. para observação do Traumatologia / Neuro no Hosp. de Referência.

Grato,

DE ACORDO COM O MÉDICO

LOCAL

TORITAMA

DATA **08 / 01 / 18**

ASSINATURA DO MÉDICO

Rayana Cruz
Médica
CRM 25878

OBS - Em caso de paciente menor de idade, anotar a filiação.

NOME DO PAI

NOME DA MÃE

81 3741.1811

Secretaria de Saúde de Toritama
CNPJ: 11.073.548/0001-88
Rua João Chagas, S/N - Centro
Toritama, Pernambuco, CEP 55125-000





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: LEANDRO BEZERRA LINS	PRONTUÁRIO: 1618456	ATENDIMENTO: 00917408
DATA DE NASCIMENTO: 13/02/1985	FOI ATENDIDO EM: 08/01/2018 Às	
	DATA DA ALTA: 16/01/2018 ÀS 14:55	

Diagnóstico Provável:

PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO X MOTO COM TRAUMA EM PE DIREITO. RESULTANDO EM FERIMENTO EXTENSO E LESÃO DE MECANISMO EXTENSOR DO HALUX + FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

CID: S969 + S819 + S420

Tratamento Realizado:

LIMPEZA E DESBRIDAMENTO CIRURGICO + ANTIBIOTICOTERAPIA VENOSA
IMOBILIZAÇÃO DE MSD

Observação:

TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA
AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES POR 90 DIAS
INICIAR FISIOTERAPIA PRECOCEMENTE
CURATIVO DIÁRIO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (RETIRAR PONTOS DE SUTURA A PARTIR DE 25/01)
MANTER TIPOIA AMERICANA

Encaminhado para:

AMBULATORIO DE DR TIAGO JUSTO

Dr. José Vinícius Gomes dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 25516

JOSE VINICIUS G DOS SANTOS - CRM: Nº.25516

Recife, 15, JANEIRO ,2018

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av.Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400







Toritama, 05 de Fevereiro de 2017.

Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima
Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 021/2018

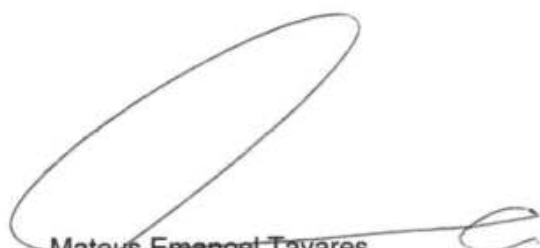
Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Para: **LEANDRO BEZERRA LINS**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor (a) **LEANDRO BEZERRA LINS** deu entrada nesta unidade como consta na ficha geral de emergência no registro nº 72.421, no dia 08/01/2018 foi atendido e em seguida sendo TRANSFERIDO.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,



Mateus Emanuel Tavares
Coordenador de Unidade de Saúde

Av. João Manoel da Silva ▪ Centro – Toritama - Pernambuco ▪
Telefone: 3741- 1192 ▪ E-mail – admhospitaltoritama@gmail.com
CNPJ: 11.073.548/0001-88 Fundo Municipal de Saúde de Toritama





53316759 FICHA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PA: 11 x 80	PULSO: 92	FR: 21	HGT: 168	PESO: >	T(°C): -
SpO ₂ ambiente: 98%		SpO ₂ com O ₂ ___ L/min:			
CLASSIFICAÇÃO: <input checked="" type="radio"/> VERMELHO <input type="radio"/> AMARELO <input type="radio"/> VERDE <input type="radio"/> AZUL ASSINATURA E CARIMBO:					

Hipertensão: () sim () não // Diabetes: () sim () não // APP: 6/20 98% em A.B.

Diagnóstico Provisório:

Conduta:

Conducta:

1. 5F 3,9% 500p EV ~~1.500~~ (1^o), (2^o)
2. Difusor 1. - 1.500 p EV
3. 500p 1.500 p EV, 1.500 p EV, 1.500 p EV (1^o).

MÉDICO(CRM)

Raymond Cruz
CRM/25878



**SECRETARIA
DE SAÚDE
ENCAMINHAMENTO**

Prefeitura Municipal de
Toritama
A mudança começou.



1ª VIA - AO PACIENTE

Por não constituir caso para tratamento nesta unidade, estamos encaminhando o paciente:

NOME DO PACIENTE **Leandro Genuaro Lins**

REGISTRO Nº **72.421**

IDADE **32** RESIDENTE **Toritama**

PARA O HOSPITAL **HR - NO RO / TRAUMA**

SENHA Nº **5396759**

ESCLARECE SE O MESMO É PORTADOR DE:

Alt vitrea de acidente de moto. Chegou ao serviço, trazido pelo SAMU, consciente, porém desorientado e desorientado. Foi estabilizado e realizou raio X de tórax, cervical, bacia e pé (D) (por lesão importante). Constata fratura de Ulna e do rádio e fratura óssea na cervical.

AA: 110 x 80 mmHg. FC: 90 bpm SpO2 98% M.A.A.

Ref. 168. Neuro: pupilas isocólicas e fotorreflexas
MVE M AHT S/R A.

Transferido por estável, em uso de SVD e tra diurese, SpO2 98%
M.A.A. para observação do Traumatologia / Neuro
no Hosp. de Referência.

Grato,

DE ACORDO COM O MÉDICO

LOCAL

TORITAMA

DATA **08 / 01 / 18**

ASSINATURA DO MÉDICO

Rayana Cruz
Médica
CRM 25878

OBS - Em caso de paciente menor de idade, anotar a filiação.

NOME DO PAI

NOME DA MÃE

81 3741.1811

Secretaria de Saúde de Toritama
CNPJ: 11.073.548/0001-88
Rua João Chagas, S/N - Centro
Toritama, Pernambuco, CEP 55125-000





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: LEANDRO BEZERRA LINS	PRONTUÁRIO: 1618456	ATENDIMENTO: 00917408
DATA DE NASCIMENTO: 13/02/1985	FOI ATENDIDO EM: 08/01/2018 Às	
	DATA DA ALTA: 16/01/2018 ÀS 14:55	

Diagnóstico Provável:

PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO X MOTO COM TRAUMA EM PE DIREITO. RESULTANDO EM FERIMENTO EXTENSO E LESÃO DE MECANISMO EXTENSOR DO HALUX + FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

CID: S969 + S819 + S420

Tratamento Realizado:

LIMPEZA E DESBRIDAMENTO CIRURGICO + ANTIBIOTICOTERAPIA VENOSA
IMOBILIZAÇÃO DE MSD

Observação:

TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA
AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES POR 90 DIAS
INICIAR FISIOTERAPIA PRECOCEMENTE
CURATIVO DIÁRIO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (RETIRAR PONTOS DE SUTURA A PARTIR DE 25/01)
MANTER TIPOIA AMERICANA

Encaminhado para:

AMBULATORIO DE DR TIAGO JUSTO

Dr. José Vinícius Gomes dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 25516

JOSE VINICIUS G DOS SANTOS - CRM: Nº.25516

Recife, 15, JANEIRO ,2018

ATENÇÃO:



Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av.Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 07R-02
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO E VALORES PUBLICOS

Leandro Bezerra Lins
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.336.803 DATA DE EXPEDICAO 25/02/2003

NOME << LEANDRO BEZERRA LINS >>

FILIAÇÃO << ARLINDO BEZERRA LINS >>
<< ZILDA MARIA DE OLIVEIRA >>

NATURALIDADE ÁGUA PRETA PE DATA DE NASCIMENTO 13/02/1985

DIGITO ORDEM << CN 10734 L A 11 F 238 CART. DE ÁGUA PRETA-PE >>
24.09.1985 >>

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

F-05 44558

CAIXA
POUPANÇA



4392 6719 1644 6152

LEANDRO BEZERRA LINS

2551 013 00035905-3 10/24

VISA
Electron

valid only in Brazil / Válido apenas no Brasil

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

054.522.714-30



Nome
LEANDRO BEZERRA LINS

Nascimento
13/02/1985



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 07R-02
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO E VALORES PUBLICOS

Leandro Bezerra Lins
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.336.803 DATA DE EXPEDICAO 25/02/2003

NOME << LEANDRO BEZERRA LINS >>

FILIAÇÃO << ARLINDO BEZERRA LINS >>
<< ZILDA MARIA DE OLIVEIRA >>

NATURALIDADE ÁGUA PRETA PE DATA DE NASCIMENTO 13/02/1985

DIGITO ORDEM << CN 10734 L A 11 F 238 CART. DE ÁGUA PRETA-PE >>
24.09.1985 >>

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

F-05 44558

CAIXA
POUPANÇA



4392 6719 1644 6152

LEANDRO BEZERRA LINS

2551 013 00035905-3 10/24

VISA
Electron

Valid only in Brazil / Válido apenas no Brasil

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

054.522.714-30

Nome
LEANDRO BEZERRA LINS

Nascimento
13/02/1985



