

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTO

Outros

Iden das
DPVAT**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO**

ASL-0409916/17
Vítima: JOAQUIM ALVES FARIAS
CPF: 438.312.657-04

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 28/04/2016
Titular do CPF: JOAQUIM ALVES FARIAS

DOCUMENTOS ENTREGUES**Sinistro**

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

JOAQUIM ALVES FARIAS : 438.312.657-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/10/2017
Nome: JOAQUIM ALVES FARIAS
CPF/CNPJ: 438.312.657-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2017
Nome: LUCIENE FERREIRO MACHADO DOS SANTOS
CPF: 056.824.697-71

JOAQUIM ALVES FARIAS

LUCIENE FERREIRO MACHADO DOS SANTOS

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOAQUIM ALVES FARIAS
 DATA DO ACIDENTE 28/4/16 CPE DA VÍTIMA 438.312.657-04
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO JOAQUIM ALVES FARIAS
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (M) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É JOAQUIM ALVES FARIAS
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. PRINCESA FAZEL
 Nº 51 COMPLEMENTO - BAIRRO CENTRO
 CIDADE GOIATIRAS UF CE CEP 62.190-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (88) 98808-8368

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
- ☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS PAGOS BANCÁRIOS, MAIS COMO CÓPIA DE POLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ OUTROS DOCUMENTOS _____

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
- ☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)
- ☒ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SÓRIDAS EM ESCORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)
- ☒ COMPROVANTES (ORIGINAIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☒ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS PAGOS BANCÁRIOS, MAIS COMO CÓPIA DE POLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES DAMS

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ OUTROS DOCUMENTOS _____

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, CUSTOS DESTES FÓRMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR. O GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204
- TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 06/10/17
 IDENTIDADE 437.657

ASSINATURA

João de Deus Alves Farias
 Mat. 816809314

ASSINATURA

João de Deus Alves Farias
 Mat. 816809314

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CO

DATA 06/10/17 MATR. CORREIOS

NOME

João de Deus Alves Farias

ASSINATURA

João de Deus Alves Farias
 Mat. 816809314

ACORDAR

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0269920/18
Vítima: JOAQUIM ALVES FARIAS
CPF: 438.312.657-04

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 28/04/2016
Titular do CPF: JOAQUIM ALVES FARIAS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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



JOAQUIM ALVES FARIAS : 438.312.657-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 08/05/2018
Nome: JOAQUIM ALVES FARIAS
CPF/CNPJ: 438.312.657-04

Data do cadastramento: 24/07/2018
Nome: Karline Gomes de Lima
CPF: 074.990.807-65

JOAQUIM ALVES FARIAS

Karline Gomes de Lima



Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2017

Carta nº: 11896165

A/C: JOAQUIM ALVES FARIAS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170566932 ASL-0409916/17

Vítima: JOAQUIM ALVES FARIAS

Data Acidente: 28/04/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 16/10/2017 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 28/04/2016. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusiva

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT:

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



der des
DEUT

1. 个位数为 0 的数: 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100

ASL-0409916/17
Vítima: JOAQUIM ALVES FARIAS
CPF: 438.312.657-04

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 28/04/2016
Titular do CPF: JOAQUIM ALVES FARIAS

Sinistro

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

JOAQUIM ALVES FARIAS : 438.312.657-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/10/2017
Nome: JOAQUIM ALVES FARIAS
CPF/CNPJ: 438.312.657-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2017
Nome: LUCIENE FERREIRO MACHADO DOS SANTOS
CPF: 056.824.697-71

JOAQUIM ALVES FARIAS

LUCIENE FERREIRO MACHADO DOS SANTOS

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOAQUIM ALVES FARIAS
 DATA DO ACIDENTE 28/4/16 CPF DA VÍTIMA 438.312.657-04
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO JOAQUIM ALVES FARIAS
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (M) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É JOAQUIM ALVES FARIAS
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. PRINCESA FABIOLA BAIRRO CENTRO
 Nº 319 COMPLEMENTO _____ UF CE CEP 62.190-000
 CIDADE COZOAIRAS TELEFONE (88) 98808-8368
 E-MAIL _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)
☐ LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO

☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
☐ COMPROVANTE () RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ OUTROS DOCUMENTOS _____

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)
☒ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)
☒ COMPROVANTES (ORIGINALS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☒ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS) DE FARMÁCIA COMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ OUTROS DOCUMENTOS _____

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE - R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 3.700,00 (TREMBOLOSO). ESTE VALOR CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
 - O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT.
 - CLASSE BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SUJEITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, CULANDO NESTE FORMULÁRIO.
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1104.
 - TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 06/10/17 RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CO
 IDENTIDADE 437.657 DATA 06/10/17 MATR. CORREIOS
 ASSINATURA João Carlos Alves Farias ASSINATURA JOÃO CARLOS ALVES FARIAS
 ASSINATURA JOÃO CARLOS ALVES FARIAS ASSINATURA JOÃO CARLOS ALVES FARIAS

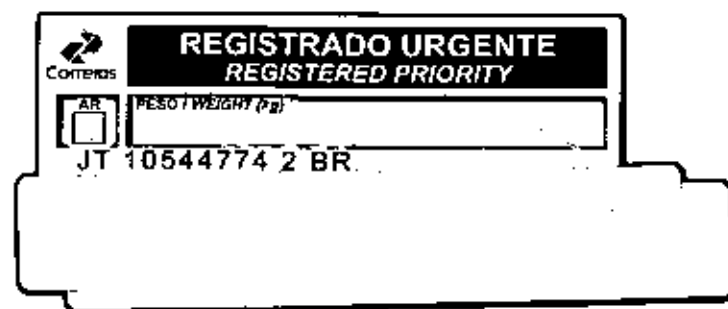
Seguradora Lioier - DPVAT

R. da Assembleia, nº 100, 46º andar, centro

Ed. City Tower

Rio de Janeiro - RJ

Cep 20011-904



Joaquim Alves Larios

R. Princesa Isabel, S/N, Centro

Guadalupe - Ce.

Cep: 62.190-000

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JOAQUIM ALVES FARIAS**

Nº Sinistro: **3180339750**

Vitima: **JOAQUIM ALVES FARIAS**

Data do Acidente: **28/04/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180339750**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13191592



Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOAQUIM ALVES FARIAS
Nº Sinistro: 3180339750
Vitima: JOAQUIM ALVES FARIAS
Data do Acidente: 28/04/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180339750**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13201810



Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180339750

Vítima: JOAQUIM ALVES FARIAS

Data do Acidente: 28/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOAQUIM ALVES FARIAS

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Joaquim Alves Farias
PORTADOR(A) DO RG Nº 937.657 EXPEDIDO POR SSP - CE EM 23/10/2017 E
CPF 438312657-04 (CNPJ) _____, PROFISSÃO _____
E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (R\$) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOAQUIM ALVES FARIAS AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas **não pertencentes à vítima/beneficiários**.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colando, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4020 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 24065-8

Op: 013

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

GRANHAS - CE 28 de SETEMBRO de 2017

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Joaquim Alves Farias
 PORTADOR(A) DO RG Nº 937.657 EXPEDIDO POR SSP - CE EM 23/10/2017 E
 CPF 438312657-04 /CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (R\$) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOAQUIM ALVES FARIAS AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTÉ: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS):

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL):

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4020 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 24065-8
 Op: 013

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

GRONHAS - CE 28 de SETEMBRO de 2017
 LOCAL E DATA

Joaquim Alves Farias
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

ASL-04099101/17
Karine Gomes
24/07/2018 11:44:32

ASL-04099101/17
Karine Gomes
24/07/2018 11:44:32



ASL-04099101/17
Karine Gomes
24/07/2018 11:44:32

ASL-04099101/17
Karine Gomes
24/07/2018 11:44:32

ASL-04099101/17
Karine Gomes
24/07/2018 11:44:32

ASL-04099101/17
Karine Gomes
24/07/2018 11:44:32

ASL-04099101/17
Karine Gomes
24/07/2018 11:44:32

POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO RJ

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO Nº 113245

Boletim de ocorrência



2/2

Envolvido (Q3)

NOME COMPLETO / NOME SOCIAL: Adriano Bispo de Oliveira		SEXO: ☒ FEMININO ☐ MASCULINO	
TIPO DE ENVOLVIMENTO: ☒ ACUSADO ☐ APREENSÃO ☐ AUTOR ☐ DESAPARECIDO ☐ SOLICITANTE ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☐ VITIMA ☐ OUTROS			
VULGO: _____	NATURALIDADE: Minas Gerais	NACIONALIDADE: BRASILEIRO	DATA DE NASCIMENTO: 24/11/1978
ESTADO CIVIL: ☒ SOLTEIRO ☐ CASADO ☐ DIVORCIADO ☐ VIÚVO	RACIA: ☐ AMARELA ☐ BRANCA ☐ NEGRA ☒ INDÍGENA ☐ PARDAS	SINAIS CARACTERÍSTICOS: _____	
Mãe: NAIDIA DE SOUZA BISPO	PAI: NANCER GOMES DE OLIVEIRA		
NÚMERO DA IDENTIDADE: 9.344.719	ÓRGÃO EXPEDIDOR: MG	ESCOLARIDADE (Final): ☐ ANALFABETO ☐ BÁSICO ☐ FUNDAMENTAL ☒ MÉDIO ☐ SUPERIOR	CPF: 049554536-17
TIPO LOGRADOURO: EST. DO ITANHANGÁ	LOGRADOURO: ITANHANGÁ	CEP: _____	
MUNICÍPIO: RIO DE JANEIRO	UF: RJ	REFERÊNCIA: _____	
TELEFONE RESIDENCIAL: _____	TELEFONE CELULAR: 997993860	OCCUPAÇÃO ATUAL: COPISTA	BPM: 294740

GUARNIÇÃO

SITUAÇÃO DO POLICIAL: 003	FORMA DE POLICIAMENTO: 004	TIPO DE POLICIAMENTO: 15	ESPECIFICAR DETALHAMENTO DE EXECUÇÃO: 25
SETOR: Fox	SUB SETOR: _____	NÚMERO DA VITÓRIA: 54-6705	
FUNÇÃO: ☒ CMT ☐ PATRULHEIRO ☐ MOTORISTA	GRAU HIERÁRQUICO: 1º SGT PM	RG: 55776	NOME: RUALDO
FUNÇÃO: ☐ CMT ☒ PATRULHEIRO ☒ MOTORISTA	GRAU HIERÁRQUICO: 2º SGT PM	RG: 59678	NOME: HILTON MAR
FUNÇÃO: ☐ CMT ☐ PATRULHEIRO ☐ MOTORISTA	GRAU HIERÁRQUICO: _____	RG: _____	NOME: _____
FUNÇÃO: ☐ CMT ☐ PATRULHEIRO ☐ MOTORISTA	GRAU HIERÁRQUICO: _____	RG: _____	NOME: _____

HISTÓRICO

DEPOIS DA DETERMINAÇÃO DE POL. AGUARNIÇÃO PROCEDEU AO LOCAL ONDE O COLETIVO DA LINHA 554 (KX M 4235 RJ) VEÍCULO M. DEUZ H. LOU TORINO. O ANO 2013 DE COR BRANCA, QUE SEGUIA PELA LINHA NORMALMENTE, QUE AO PASSAR POR UM QUEBRA MARAS EM CONSTRUÇÃO RECENTE VEIO A SACUDIR A TRASEIRA DO COLETO. TÍPO VIMOS A CAUSAR LESÕES CORPORAIS AS SEGUINTE VÍTIMAS (Q1) COM BPM 294721; (Q2) COM BPM 294740 E (Q4) COM BPM 294713. A GUARNIÇÃO AO PRESENCIAR AS VÍTIMAS, SOLICITOU IMEDIATAMENTE BRAVO ZERO PARA O LOCAL, ONDE LOGO CHEGOU A NTR ASE 299 COMANDADA P-LO 1º TEN. BM RG 242179 LEANDRO MEDEIROS. ONDE REMOUEU AS VÍTIMAS AO HMMC. E A GUARNIÇÃO APRESENTOU A OCORRÊNCIA Nº 113.0. P. 113245 DEVIDO REGISTRO DE LESÃO CORPORAIS.

Obs: INFORMO AINDA QUE NÃO CONSEGUI DADOS DE (Q4)

PMERJ 23º BPM

A presente cópia é
reprodução fiel do
original.

RG DO CONDUTOR

50746

ASSINATURA DO CONDUTOR

[Assinatura]



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO Nº

113245

/15

Nº VIA

1 - OPM

Nº DA FL.

CEM DO POLICIAL

OPM DA ÁREA DE POLÍCIAMENTO

MEMÓRIA DE OPM DA ÁREA DE POLÍCIAMENTO

DELEGACIA DE APRESENTAÇÃO

DELEGACIA DA CIRCUNSCRIÇÃO

Nº REGISTRO DE OCORRÊNCIA

DATA/HORA DO REGISTRO

COMUNICAÇÃO DOS FATOS

ORIGEM DA OCORRÊNCIA

☐ 1 SALA DE OPERAÇÕES☐ 2 DEPARTAMENTO COM A OCORRÊNCIA☐ 3 SOLICITAÇÃO AO POLICIAL☐ 4 RESULTADO DE ABORDAGEM

DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO

DADOS DA OCORRÊNCIA

CÓDIGO INICIAL DA OCORRÊNCIA

CÓDIGO FINAL DA OCORRÊNCIA

DATA/HORA DO FATO

DATA/HORA DO LOCAL

DATA/HORA DO REGISTRO DA OCORRÊNCIA

DATA/HORA DE CHEGADA DA PERÍCIA

DATA/HORA DE CHEGADA NA DP

DATA/HORA DE ATENDIMENTO NA DP

DATA/HORA DE SAÍDA DA DP

DATA/HORA FINAL

TIPO DE LOGRADOURO

(Av., Travessa, Rua, Est., Pça.)

LOGRADOURO

Nº

COMPLEMENTO

BARRIO

MUNICÍPIO

UF

REFERÊNCIA

LATITUDE

LONGITUDE

TIPO DO LOCAL

☐ 1 ABERTO☐ 2 FECHADO

CONDIÇÕES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA)

☐ 1 NUBLADO☐ 2 CHUVOSO

CAUSA PRESUMIDA

PMERJ 23º BPM

A presente cópia é reprodução fiel do original.

Em

28/04/16

Encaminhamentos

LOCAL/FORÇA DE ENCAMINHAMENTO

DATA/HORA DE CHEGADA

DATA/HORA DE SAÍDA

LOCAL/FORÇA DE ENCAMINHAMENTO

DATA/HORA DE CHEGADA

DATA/HORA DE SAÍDA

LOCAL/FORÇA DE ENCAMINHAMENTO

DATA/HORA DE CHEGADA

DATA/HORA DE SAÍDA

QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS

Envolvido (Q1)

NOME COMPLETO/NOME SOCIAL - (Opcional Estatuto nº 43.886)

JOSE BASTA DE LUCENA FILHO.

TIPO DE ENVOLVIMENTO

☐ 1 ACUSADO ☒ 2 APREENDIDO ☐ 3 AUTOR ☐ 4 DESAPARECIDO ☐ 5 SOLICITANTE ☐ 6 SUSPEITO ☐ 7 TESTEMUNHA ☐ 8 VÍTIMA ☐ 9 OUTROS

VULGO

NATURALIDADE

NACIONALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SINAIS CARACTERÍSTICOS

ESTADO CIVIL

☐ 1 SOLTEIRO ☒ 2 CASADO ☐ 3 DIVORCIADO ☐ 4 VIÚVO

RACIA

☐ 1 AMARELA☐ 2 BRANCA☐ 3 NEGRA☐ 4 INDÍGENA☒ 5 OUTRA

MSE 01: JIA LEONTINA DA SILVA

JOSE BASTA DE LUCENA

NÚMERO DA IDENTIDADE

ORGÃO EMISSOR

ESCOLARIDADE (Estatuto nº 43.886)

☐ 1 ANALETADO☐ 2 BÁSICO☒ 3 FUNDAMENTAL☐ 4 MÉDIO☐ 5 SUPERIOR

CPF 59759012

TIPO DE LOGRADOURO

(Av., Travessa, Rua, Est., Pça.)

LOGRADOURO

Nº

COMPLEMENTO

BARRIO

CEP

MUNICÍPIO

UF

REFERÊNCIA

TELEFONE RESIDENCIAL

TELEFONE CELULAR

OCCUPAÇÃO ATUAL

Envolvido (Q2)

NOME COMPLETO/NOME SOCIAL - (Opcional Estatuto nº 43.886)

LASMIM SILVA FERREIRA

TIPO DE ENVOLVIMENTO

☐ 1 ACUSADO ☐ 2 APREENDIDO ☐ 3 AUTOR ☐ 4 DESAPARECIDO ☐ 5 SOLICITANTE ☐ 6 SUSPEITO ☐ 7 TESTEMUNHA ☐ 8 VÍTIMA ☐ 9 OUTROS

VULGO

NATURALIDADE

NACIONALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SINAIS CARACTERÍSTICOS

ESTADO CIVIL

☐ 1 SOLTEIRO ☒ 2 CASADO ☐ 3 DIVORCIADO ☐ 4 VIÚVO

RACIA

☐ 1 AMARELA☒ 2 BRANCA☐ 3 NEGRA☐ 4 INDÍGENA☐ 5 OUTRA

MSE 02: RUA DO NASCIMENTO

RUA TEREZINHA BRANCO

NÚMERO DA IDENTIDADE

ORGÃO EMISSOR

ESCOLARIDADE (Estatuto nº 43.886)

☐ 1 ANALETADO☐ 2 BÁSICO☒ 3 FUNDAMENTAL☐ 4 MÉDIO☐ 5 SUPERIOR

CPF 021.428.123

TIPO DE LOGRADOURO

(Av., Travessa, Rua, Est., Pça.)

LOGRADOURO

Nº

COMPLEMENTO

BARRIO

CEP

MUNICÍPIO

UF

REFERÊNCIA

TELEFONE RESIDENCIAL

TELEFONE CELULAR

OCCUPAÇÃO ATUAL



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO Nº

113245

/15

Nº VIA
2ª - PM

Nº DA FL. 2/2

Envolvido (Q4)

NOME COMPLETO / NOME SOCIAL - Decreto Estadual nº 11.065

JOAQUIM ALVES FARIAS

SEXO

() FEMININO

(X) MASCULINO

TIPO DE ENVOLVIMENTO

() ACUSADO () APREENDIDO () AUTOR () DESAPARECIDO () SOLICITANTE () SUSPEITO () TESTEMUNHA (X) VÍTIMA () OUTROS

VULGO

NATURALIDADE

CEARA

NACIONALIDADE

BRASILEIRO

DATA DE NASCIMENTO

25/04/1956

SINAIS CARACTERÍSTICOS

ESTADO CIVIL

() SOLTEIRO () CASADO () DIVORCIADO () VIÚVO

RACA

() AMARELA () BRANCA () NEGRA () INDÍGENA (X) PARDAS

MÃE

ANTONIA ALVES FARIAS

PAI

JOSE SANCHO FARIAS

NÚMERO DA IDENTIDADE

937.654

ORGÃO EMISSOR

ISS CE

ESCOLARIDADE (Pessoa)

() ANALFABETO () BÁSICO () FUNDAMENTAL () MÉDIO () SUPERIOR

CPF

TIPO DO CRACHÃO

(Av, Travessa, Rua, Est. Prq)

LITRADOURO

Nº

COMPLEMENTO

BAIRRO

CEP

MUNICÍPIO

UF

REFERÊNCIA

TELEFONE RESIDENCIAL

TELEFONE COMUM

OCCUPAÇÃO ATUAL

RAIM. 294713

GUARNIÇÃO

SITUAÇÃO DO POLICIAL

003

FORMA DE POLICIAMENTO

004

TIPO DE POLICIAMENTO

15

ESPECIE E DETALHAMENTO DE EXECUÇÃO

215

SECTOR

FOX

SUB-SECTOR

NÚMERO DA VIATURA

54-6709

FUNÇÃO

(X) CMT () PATRULHEIRO () MOTORISTA

GRAU HIERÁRQUICO

1º SGT PM

RG

55776

NOME

ZUALDO

FUNÇÃO

() CMT () PATRULHEIRO (X) MOTORISTA

GRAU HIERÁRQUICO

2º SGT PM

RG

58678

NOME

HILDOMAR

FUNÇÃO

() CMT () PATRULHEIRO () MOTORISTA

GRAU HIERÁRQUICO

RG

NOME

FUNÇÃO

() CMT () PATRULHEIRO () MOTORISTA

GRAU HIERÁRQUICO

RG

NOME

HISTÓRICO

PMERJ 23ª BPM

A presente cópia é
reprodução fiel do
original.

Em 23/11/16

Edemilson Nogueira Ribeiro
1º SGT PM RG 58.744
Id. Func. 2152388-8ELENCO DE ASSINATURAS
16-OUT-2017 16:41:34:142: 14

RG DO CONDUTOR

ASSINATURA DO CONDUTOR



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA		BO Nº	113245	/15	Nº VIA	1º - OPM	Nº DA FL.	1	
CEM DO POLICIAL	23 B.P.M	DATA DA AREA DE POLICIAMENTO	23 B.P.M	MUNICÍPIO SEDE DA OPM DA AREA DE POLICIAMENTO	Rio de Janeiro				
DELEGATIA DE APRESENTAÇÃO	15-DP	DELEGATIA DA CIRCUNSCRIÇÃO	15-DP	Nº REGISTRO DE OCORRÊNCIA	28/04/2016 16h2				
COMUNICAÇÃO DOS FATOS								DATA / HORA DA COMUNICAÇÃO	28/04/16 16h
ORIGEM DA OCORRÊNCIA	1 - SALA DE OPERAÇÕES	2 - CENTRO DE OPERAÇÕES	3 - SOLICITAÇÃO AO POLICIAL	4 - RESULTADO DE ABORDAGEM					
DADOS DA OCORRÊNCIA									
CÓDIGO INICIAL DA OCORRÊNCIA	01	CÓDIGO FINAL DA OCORRÊNCIA	01	DATA / HORA DO FATO	28/04/16 16h1	DATA / HORA NO LOCAL	28/04/16 16h		
DATA / HORA SOLICITAÇÃO DA PERÍCIA		DATA / HORA DE CHEGADA DA PERÍCIA		DATA / HORA DE CHEGADA NA DP		DATA / HORA FINAL	OPMERI 23º BPM		
DATA / HORA ATENDIMENTO NA DP		DATA / HORA DE SAÍDA DA DP		A presente copia é reprodução fiel do original					
VIA LOGRADOURO	ESTRADA DO JOA	LOGRADOURO	DO JOA	BAIRRO	SANTO ANTONIO				
Nº	426	COMPLEMENTO	JUA DE POLAMENTO	REFERÊNCIA	SANTO ANTONIO				
MUNICÍPIO	Rio de Janeiro	UF	RJ	REFERÊNCIA	CHURRASCO CASIS				
LATITUDE		LONGITUDE		TIPO DO LOCAL	1 - FECHADO	2 - ABERTO	3 - ABERTO	Em	
CATSA PRESUMIDA	LESÃO CORPORAL NO INTERIOR DO COLETIVO								
Encaminhamentos									
LOCAL / HORA DE ENCAMINHAMENTO	AMM	DATA / HORA DE CHEGADA	28/04/16 16h30	DATA / HORA DE SAÍDA	28/04/16	DATA / HORA DE SAÍDA			
LOCAL / HORA DE ENCAMINHAMENTO		DATA / HORA DE CHEGADA		DATA / HORA DE SAÍDA		DATA / HORA DE SAÍDA			
LOCAL / HORA DE ENCAMINHAMENTO		DATA / HORA DE CHEGADA		DATA / HORA DE SAÍDA		DATA / HORA DE SAÍDA			
QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS									
Envolvido (Q1)									
NOME COMPLETO / NOME SOCIAL	JOSE BASTA DE LUCENA FILHO				SEXO	1 - FEMININO	2 - MASCULINO		
TIPO DE ENVOLVIMENTO	1 - ACUSADO 2 - INTERVENIENTE 3 - AUTOR 4 - DESAPARECIDO 5 - SOLICITANTE 6 - SUSPEITO 7 - TESTEMUNHA 8 - VÍTIMA 9 - OUTROS				SINAIS CARACTERÍSTICOS				
VULGO	ABRILHADO	NACIONALIDADE	BRASILEIRO	DATA DE NASCIMENTO	24/04/1955	SINAIS CARACTERÍSTICOS			
ESTADO CIVIL	1 - SOLTEIRO 2 - CASADO 3 - DIVORCIADO 4 - VIÚVO	RACA	1 - AMARELA 2 - BRANCA 3 - NEGRA 4 - INDÍGENA 5 - PARDAL	PAI					
PAI	JOSE BASTA DE LUCENA				CEP				
Nº	102815859	ORGÃO EXTERNO	TRF RJ	ESCOLARIDADE (Emília)	1 - ANalfabeto 2 - BÁSICO 3 - FUNDAMENTAL 4 - MÉDIO 5 - SUPERIOR	CEP			
VIA LOGRADOURO	EST. DO JAHANGA	LOGRADOURO	JAHANGA	BAIRRO	CEP				
Nº	101	COMPLEMENTO	CASA 19	BAIRRO	CEP				
MUNICÍPIO	Rio de Janeiro	UF	RJ	REFERÊNCIA	SANTO ANTONIO				
TELEFONE RESIDENCIAL	3452 7051	TELEFONE CELULAR	985337748	OCCUPAÇÃO ATUAL	MOTORISTA DE ÔNIBUS				
Envolvido (Q2)									
NOME COMPLETO / NOME SOCIAL	TAMARA SILVA FERREIRA				SEXO	1 - FEMININO	2 - MASCULINO		
TIPO DE ENVOLVIMENTO	1 - ACUSADO 2 - INTERVENIENTE 3 - AUTOR 4 - DESAPARECIDO 5 - SOLICITANTE 6 - SUSPEITO 7 - TESTEMUNHA 8 - VÍTIMA 9 - OUTROS				SINAIS CARACTERÍSTICOS				
VULGO	ABRILHADO	NACIONALIDADE	BRASILEIRA	DATA DE NASCIMENTO	27/04/1991	SINAIS CARACTERÍSTICOS			
ESTADO CIVIL	1 - SOLTEIRO 2 - CASADO 3 - DIVORCIADO 4 - VIÚVO	RACA	1 - AMARELA 2 - BRANCA 3 - NEGRA 4 - INDÍGENA 5 - PARDAL	PAI					
PAI	JOSE BASTA DE LUCENA				CEP				
Nº	313060691	ORGÃO EXTERNO	TRF RJ	ESCOLARIDADE (Emília)	1 - ANalfabeto 2 - BÁSICO 3 - FUNDAMENTAL 4 - MÉDIO 5 - SUPERIOR	CEP			
VIA LOGRADOURO	RUA LERZINHA BRANCO	LOGRADOURO	LERZINHA BRANCO	BAIRRO	CEP				
Nº	44	COMPLEMENTO	302	BAIRRO	CEP				
MUNICÍPIO	Rio de Janeiro	UF	RJ	REFERÊNCIA	SANTO ANTONIO				
TELEFONE RESIDENCIAL	N. F.	TELEFONE CELULAR	98843616	OCCUPAÇÃO ATUAL	CORE. DA				

POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO RJ

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO Nº 113245

2/2

Envolvido (Q3)

NOME COMPLETO (NOME SOCIAL) Decreto Estadual nº 43.061		SEXO	
MILIA BISPO DE OLIVEIRA		FEMININO () MASCULINO	
TPO DE ENVOLVIMENTO			
() ACUSADO () APREENHIDO () AUTOR () DESAPARECIDO () SOLICITANTE () SUSPEITO () TESTEMUNHA () VÍTIMA () OUTROS			
VULGO	NATURALIDADE	NACIONALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
	MINAS GERAIS	BRASILEIRA	24/11/1978
ESTADO CIVIL		RACA	
SOLTEIRO () CASADO () DIVORCIADO () VIÚVO		AMARELA () BRANCA () NEGRA () INDÍGENA () PARDA	
MATERIA		PAI	
MADR DE SCITZA BISPO		NANCER GONÇES DE OLIVEIRA	
NUMERO DA IDENTIDADE	ORGÃO EMISSOR	ESCOLARIDADE (Excluído)	CPF
9.344.119	MG	() ANalfabeto () BÁSICO () FUNDAMENTAL (X) MÉDIO () SUPERIOR	049554596-17
TIPO LOGRADOURO		LOGRADOURO	
(Av, Travessa, Rua, Esl, Pça)		EST. DO ITANHANGÁ	
Nº	COMPLEMENTO	BARRIO	CEP
2109	CASA	ITANHANGÁ	
MUNICÍPIO	UF	REFERENCIA	
RIO DE JANEIRO	RJ		
TELEFONE RESIDENCIAL	TELEFONE CELULAR	OCCUPAÇÃO ATUAL	
	997993860	COPISTA	RAM 294740

GUARNIÇÃO

SITUAÇÃO DO POLICIAL	FORMA DE POLICIAMENTO	TIPO DE POLICIAMENTO	ESPECIE E DOTALHAMENTO DE EXECUÇÃO
001	004	15	215
SETOR	SUB SETOR	NUMERO DA VÍTIMA	
Fox		54-6705	
FUNÇÃO	GRAU HIERARQUICO	RG	NOME
(X) CMT () PATRULHEIRO () MOTORISTA	1.º SGT PM	55776	EVALDC
FUNÇÃO	GRAU HIERARQUICO	RG	NOME
() CMT () PATRULHEIRO (X) MOTORISTA	2.º SGT PM	59678	HILTONAR
FUNÇÃO	GRAU HIERARQUICO	RG	NOME
() CMT () PATRULHEIRO () MOTORISTA			
FUNÇÃO	GRAU HIERARQUICO	RG	NOME
() CMT () PATRULHEIRO () MOTORISTA			

HISTÓRICO

QUE APÓS DETERMINAÇÃO DE COP A GUARNIÇÃO PROCEDEU AO LOCAL ONDE O COLETIVO DA LINHA 554 (X/M 4235RJ) VEICULO M. BENZ HÍOLO TORINO. O ANO 2013 DE COR BRANCA, QUE SEGUIA PELA LINHA NORMALMENTE, QUE AO PASSAR POR UM QUEBRA MALAS EM CONSTRUÇÃO RECENTE VEIO A SACUDIR A TRASEIRA DO COLE TIVO VINDO A CAUSAR LESÕES CORPORAIS AS SEGUINTE VÍTIMA (Q1) COM RAM 294721; (Q2) COM RAM 294740 E (Q4) COM RAM 294713. A GUARNIÇÃO AO PRESENCIAR AS VÍTIMAS, SOLICITOU IMEDIATAMENTE BRINHO ZERO PARA O LOCAL, ONDE LOGO CHEGOU A VTR ASE 299 COMANDADA P-LO 1.º TEN. BM PG 242179 REALIZANDO OPERAÇÕES ONDE REMOUEU AS VÍTIMAS DO HMMC. E A GUARNIÇÃO APRESENTOU A OCORRÊNCIA Nº 15.D.P. ONDE É DEVIDO REGISTRO DE LESÃO CORPORAL.

CB5: INFORMO AINDA QUE NÃO CONSEGUI DADOS DE (Q1)

PMERJ 23º BPM

A presente cópia é
reprodução fiel do
original.

SGT PM-RJ-5874
18 Fone 21622064

RG DO CONDUTOR

50746

ASSINATURA DO CONDUTOR

Eduardo N.



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

BOLETIM DE Ocorrência

BO Nº

113245

/15

Nº VIA
2ª - PM

Nº DA FL

2/2

Envolvido (Q4)

NOME COMPLETO / NOME SOCIAL - Dentre Grupos de 10.000

Joaquim Alves Farias

SEXO

1 FEMININO

2 MASCULINO

TIPO DE ENVOLVIMENTO

1 ACUSADO 2 APREENDIDO 3 AUTOR 4 DESAPARECIDO 5 SOLICITANTE 6 SUSPEITO 7 TESTEMUNHA 8 VÍTIMA 9 OUTROS

VULGO

NATURALIDADE

CEARA

NACIONALIDADE

BRASILEIRO

DATA DE NASCIMENTO

26/04/1956

SINAIS CARACTERÍSTICOS

ESTADO CIVIL

1 SOLTEIRO 2 CASADO 3 DIVORCIADO 4 VIÚVO

RACA

1 AMARELA 2 BRANCA 3 NEGRA 4 INDETERMINADA 5 PARDAS

MÃE

ANTONIA ALVES FARIAS

PAI

JOSE SANCHO FARIAS

NÚMERO DA IDENTIDADE

937.657

ORGÃO EMISSOR

TC CE

ESCOLARIDADE (PRIMEIRA)

1 ANALFABETO 2 BÁSICO 3 FUNDAMENTAL 4 MÉDIO 5 SUPERIOR

CPF

TIPO LOGRADOURO

(AV, Travessa, Rua, Etc)

LOGRADOURO

Nº

COMPLEMENTO

BAIRRO

CEP

MUNICÍPIO

UF

REFERÊNCIA

TELEFONE RESIDENCIAL

TELEFONE CELULAR

Ocupação ATUAL

RPM. 994713

GUARNIÇÃO

SITUAÇÃO DO POLICIAL

001

FORMA DE POLICIAMENTO

004

TIPO DE POLICIAMENTO

15

ESPECIE E DEVALUAMENTO DE EXECUÇÃO

215

SECTOR

FOX

SUB-SECTOR

NÚMERO DA VIATURA

54-6709

FUNÇÃO

1 CMT 2 PATRULHEIRO 3 MOTORISTA

GRAU HIERARQUICO

1 SGT PM

RG

59776

NOME

EVALDO

FUNÇÃO

1 CMT 2 PATRULHEIRO 3 MOTORISTA

GRAU HIERARQUICO

2 SGT PM

RG

59678

NOME

HILDOMAR

FUNÇÃO

1 CMT 2 PATRULHEIRO 3 MOTORISTA

GRAU HIERARQUICO

RG

NOME

FUNÇÃO

1 CMT 2 PATRULHEIRO 3 MOTORISTA

GRAU HIERARQUICO

RG

NOME

HISTÓRICO

PMERJ 25º BPM	
A presente cópia é reprodução fiel do original.	
Em 23.11.16	
Luis Carlos Ribeiro	
SGT PM RG 54.714	
Id. Func. 2152386-6	

RG DO CONDUTOR

ASSINATURA DO CONDUTOR

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML


Eu, Joaquim Alves Farias, portador da carteira de identidade nº 937.657 SSP/CE inscrito no CPF/MF sob o nº 438.312.657-04, residente e domiciliado na R- PRINCESA ISABEL, S/N, Cidade CRATO, Estado CEARA, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

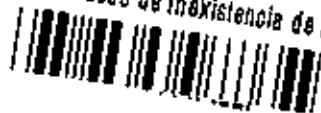
Joaquim Alves Farias
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

CRATO - CE, 28/09/17
Local e data

SEGURADORA LÍDER DPVAT LT
16-01-2017 10:40 561413 17

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, Joaquim Alves Faria, portador da carteira de identidade nº 937.657 SP/CE inscrito no CPF/MF sob o nº 438.312.657-04 residente e domiciliado na R. PRINCESA ISABEL, S/N Cidade CRATOIRAS Estado CEARA 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
(x) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Joaquim Alves Faria
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

CRATOIRAS - CE, 28/09/17
Local e data

SEGURO LÍDER DPVAT LT

16-07-2017 16:41:34 1417 1/1

Comprovante de residência



Endereço: Rua

Nome: JOAQUIM ALVES FARIAS

Endereço: RUA ISABEL CENTRO

Cidade: GROAÍRAS

CEP: 62.150-000

Endereço:

CEP:

End: 136 Tipo: 001 Consumo: 0127 Valor: 0250 Cota: 0000

Consumo:

Reserva: 001 Consumo: 000 Industrial: 900 Pólio: 000

Informações sobre medição

Sistema: Medida: Tipo: Valor: Unidade: Volume: M3: M3 + Derivado

AGUA: A1H416956

65

100

20

3

DATA:

Contato: 22/08/2016 Emissão: 20/08/2016 Lançamento: 23/08/2016

Contato: 22/07/2016 Ponto de Venda: 16/08/2016 Contato: 23/08/2016

SUA QUOTA DE PAGAMENTO (PARTE DA QUOTA DE PAGAMENTO)					
Nº de Faturas	Classe	Valor	Cor	Valor Total	Valor Pago
Consumo	015	015	005	015	015
Consumo	015	015	005	015	015
Consumo	015	002	000	015	015

ANEXO: INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Para cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2015, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaração substitui outras quitacoes do período e de anos anteriores. Agradecemos sua pontualidade. Água limpa e saudável.

Descrição de Débitos		Valor R\$	Data de Vencimento		Valor R\$	Valor Pago
AGUA		54,35	05/10/2015		0	0
MULTA DE 2%	10	0,39	05/10/2015		0	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	10	0,51	05/10/2015		0	0
			06/10/2015		0	0
			07/10/2015		0	0
			08/10/2015		0	0
			09/10/2015		0	0
			10/10/2015		0	0
			11/10/2015		0	0
			12/10/2015		0	0
			13/10/2015		0	0
			14/10/2015		0	0
			15/10/2015		0	0
			16/10/2015		0	0
			17/10/2015		0	0
			18/10/2015		0	0
			19/10/2015		0	0
			20/10/2015		0	0

Endereço: Rua

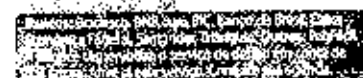
Endereço:

Endereço:

MES-ANO
09/2015

VENCIMENTO
06/10/2015

TOTAL A PAGAR (R\$)
55,35



É obrigação do usuário pagar seu consumo atualizado junto a Cagece, conforme resolução das Agências Reguladoras.

Para mais informações sobre o sistema de cobrança, consulte o site da Cagece: www.cagece.com.br ou pelo telefone 0800-154116. O atendimento é de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h. O atendimento ao cliente é gratuito. O valor da taxa de administração é de R\$ 2,75 por fatura.

Endereço: Rua

Nome: JOAQUIM ALVES FARIAS

Endereço: RUA ISABEL CENTRO

Cidade: GROAÍRAS

CEP: 62.150-000

Endereço:

CEP:

Endereço:

CEP:

Endereço: RUA ISABEL CENTRO

CEP: 62.150-000

Endereço:

82640000000-4 55350009100-2 05983845000-1 0300131025-6



2º Via

Cagece

GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

0059838450

Comprovante de residência



LACERDA, CARMEN

Nome: JOAOIM ALVES FARIAS

Endereço: RUA ISABEL, CENTRO

Cidade: GOMIRAS

CPF: 40.198-000

Endereço:

CPF:

 Total: 136 Valor: 001 Unidade: 0127 Valor: 0250 Valor: 0000
 Subtotal: Subtotal: Subtotal: Subtotal: Subtotal:

FICHA DE DADOS

Identificação: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Residencial: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

 Descrição: Medição Unidade: Medição Unidade: Medição Unidade: Medição Unidade: Medição
 AQUA: A146415808 Valor: 65 Valor: 100 Valor: 20 Valor: 3

MÉDIA

 Última Medição: 22/08/2015 Última Medição: 20/09/2016 Última Medição: 20/09/2016
 Última Medição: 29/07/2015 Última Medição: 16/09/2016 Última Medição: 16/09/2016

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA ALIMENTAR

Nº de amostras	Cloro	Acidez	Cor	Conformidade Total	Exatidão Col.
Amostras	015	015	005	015	015
Amostras	015	015	005	015	015
Amostras	015	002	000	015	015

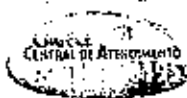
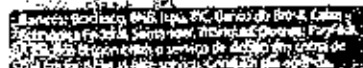
MANUTENÇÃO, INTERFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2015, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaração substitui outras quitadas do período e de anos anteriores. Agradecemos sua pontualidade. Água limpa e saudável.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição	Valor	Valor	Valor	Valor
AQUA	51,35	51,35	51,35	51,35
MULTA DE 2%	1,15	0,39	0,39	0,39
JUROS DE 0,033% AO DIA	1,11	0,51	0,51	0,51

 GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 SECRETARIA DE ESTADO DE RECURSOS HÍDRICOS

 GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 SECRETARIA DE ESTADO DE RECURSOS HÍDRICOS
MÊS-ANO
09/2016VENCIMENTO
06/10/2016TOTAL A PAGAR (R\$)
55,35

É obrigação do usuário pagar sua conta em conformidade com a Cagece, conforme regulamento das Agências Reguladoras.

Para mais informações, consulte o site: www.cagece.com.br ou o telefone: 0800-0800000. O atendimento é de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h.

Para mais informações, consulte o site: www.cagece.com.br ou o telefone: 0800-0800000. O atendimento é de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h.

Cagece

GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

LACERDA, CARMEN

Nome: JOAOIM ALVES FARIAS

Endereço: RUA ISABEL, CENTRO

Cidade: GOMIRAS

CPF: 40.198-000

CPF: 40.198-000

CPF: 40.198-000

CPF: 40.198-000

CPF: 40.198-000

CPF: 40.198-000

CPF: 40.198-000

CPF: 40.198-000

CPF: 40.198-000

CPF: 40.198-000

CPF: 40.198-000

CPF: 40.198-000

CPF: 40.198-000

CPF: 40.198-000

CPF: 40.198-000

CPF: 40.198-000

CPF: 40.198-000

CPF: 40.198-000

CPF: 40.198-000

CPF: 40.198-000

CPF: 40.198-000

CPF: 40.198-000

CPF: 40.198-000

CPF: 40.198-000

5-6



SEMPRE PAGUE EM TEMPO! 16-09-2017 10:40 341416 1/1

2º Via

Cagece

GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

0059838450

Comprovante de residência



LACERDA, CARLOS

Nome: JOAOIM ALVES FARIAS

Endereço: RUA ISABEL, CENTRO

Cidade: GOMIRAS

CPF: 40.190.000

Endereço:

CPF:

Unidade: 136 Setor: 001 Subsetor: 0127 Cód. 0250 Comp. 0000

FICAD 216

Atividade: 001 1 Comercial: 000 Industrial: 000 Pádua: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDICAÇÃO

Medicamento: Nenhum Medicamento: Nenhum Medicamento: Nenhum Medicamento: Nenhum Medicamento: Nenhum

Medicamento

Medicamento: 22/08/2015 Medicamento: 20/09/2015 Medicamento: 20/09/2015

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA ALIMENTAR

Nº de amostras	Claro	Indeclor	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Amostras	015	015	005	015	015
Amostras	015	015	005	015	015
Amostras	015	002	000	015	015

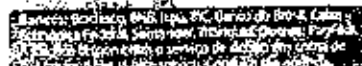
MANUTENÇÃO, INTERFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2015, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaração substitui outras quitadas do período e de anos anteriores. Agradecemos sua pontualidade. Água limpa e saudável.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Quantidade	Valor	PERÍODO DE VENCIMENTO	Valor	Valor
ÁGUA	51,35	51,35	SET/2015	0	0
MULTA DE 2%	111	0,39	OUT/2015	0	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	111	0,51	NOV/2015	0	0
			DEZ/2015	0	0
			JAN/2016	0	0
			FEB/2016	0	0
			MAR/2016	0	0
			ABR/2016	0	0
			MAY/2016	0	0
			JUN/2016	0	0
			JUL/2016	0	0
			AGO/2016	0	0

GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

MÊS-ANO
09/2016VENCIMENTO
06/10/2015TOTAL A PAGAR (R\$)
55,35

É obrigação do usuário pagar sua conta em conformidade com a Cagece, conforme regulamento das Agências Reguladoras.

Para mais informações, consulte o site: www.cagece.com.br ou o telefone: 0800-120-1200. O atendimento é de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h e das 18h às 22h.

Para mais informações, consulte o site: www.cagece.com.br ou o telefone: 0800-120-1200. O atendimento é de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h e das 18h às 22h.

Cagece

GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

LACERDA, CARLOS

Nome: JOAOIM ALVES FARIAS

Endereço: RUA ISABEL, CENTRO

Cidade: GOMIRAS

CPF: 40.190.000

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

5-6



SERVIÇO DE ÁGUA E ESGOTO - 15-001-2017 10:40 341416 1/1

TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do tempo de serviço - FCGS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

106 62432 43-3

NÚMERO

1304977

SÉRIE

002-0

UF

RJ

Joachim Alves Ferreira

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



Documentos de Identificação

NOME: JOAQUIM ALVES FARIAS

LOCO DE NASC: GROAIRAS - CE

25/04/1966
NASCIMENTO

FILIAÇÃO: JOSE SANCHI FARIAS

ANTONIA ALVES FARIAS

DOC. REPRESENTADO: R.G. 837687 SSP CE

ESTADO CIVIL: CASADO

LEI Nº 1.142, DE 18 DE MAIO DE 1955

RG: 937687

CPF: 438.312.667-04

ST. EMISSOR: 19644020779

SEÇÃO: 0005

ZONA: 100

LOCAL DA EMISSÃO: DRT/RJ

EMISSION: 15/12/2006

Assinatura do Emissor

ASSINATURA DO EMISSOR

BRASILEIRO

QUALIFICAÇÃO CIVIL

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE 03

FILIAÇÃO

DATA DE NASC DE

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR

LEGENDA

A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE D - DATA DE NASCIMENTO
B - SE EXISTIR D - ANEXO F - MUDANÇA DE LOCALIDADE

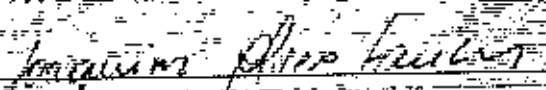
CIC

NASCIMENTO	INSCRIÇÃO NO CPF
23.04.56	638.312.887-04
CONTRIBUINTE	
JOAQUIM ALVES LACERDA	
 SECRETÁRIO DA RECEITA FEDERAL	

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
 COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE
 DOCUMENTO COMPROBATORIO DE INSCRIÇÃO NO
 CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS
 VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE





TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

106.62432-43-3

NÚMERO

1304977

UF

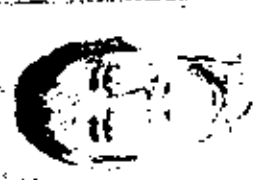
002-0

RJ

João Paulo Ferreira

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



Documentos de identificação



NOME: JOAQUIM ALVES FARIAS

LOG. DE NASC.: GROAIRAS - CE

26/04/1956

FILIAÇÃO: JOSE SANCHÔ FARIAS

ANTÔNIA ALVES FARIAS

DOC. PRESENTADO: R.G. 937657 SSP CE

ESTADO CIVIL: CASADO

DATA DE NASC.: 26 DE ABRIL DE 1956

R.G. 937657

CPF: 438.512.667-04

T. ELEITOR: 18644020779

SEÇÃO: 0005

ZONA: 100

LOCAL DA EMISSÃO: DRY/RJ

EMISSÃO: 16/12/2005

ASSINATURA DO CLASSOR

BRASILEIRO

QUALIFICAÇÃO CIVIL

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

RAÇA

DATA DE NASC. DE

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

1 - JOAQUIM ALVES FARIAS
2 - ANTONIA ALVES FARIAS
3 - JOSE SANCHÔ FARIAS
4 - ANTONIA ALVES FARIAS
5 - JOAQUIM ALVES FARIAS
6 - ANTONIA ALVES FARIAS
7 - JOSE SANCHÔ FARIAS
8 - ANTONIA ALVES FARIAS
9 - JOAQUIM ALVES FARIAS
10 - ANTONIA ALVES FARIAS
11 - JOSE SANCHÔ FARIAS
12 - ANTONIA ALVES FARIAS
13 - JOAQUIM ALVES FARIAS
14 - ANTONIA ALVES FARIAS
15 - JOSE SANCHÔ FARIAS
16 - ANTONIA ALVES FARIAS
17 - JOAQUIM ALVES FARIAS
18 - ANTONIA ALVES FARIAS
19 - JOSE SANCHÔ FARIAS
20 - ANTONIA ALVES FARIAS
21 - JOAQUIM ALVES FARIAS
22 - ANTONIA ALVES FARIAS
23 - JOSE SANCHÔ FARIAS
24 - ANTONIA ALVES FARIAS
25 - JOAQUIM ALVES FARIAS
26 - ANTONIA ALVES FARIAS
27 - JOSE SANCHÔ FARIAS
28 - ANTONIA ALVES FARIAS
29 - JOAQUIM ALVES FARIAS
30 - ANTONIA ALVES FARIAS
31 - JOSE SANCHÔ FARIAS
32 - ANTONIA ALVES FARIAS
33 - JOAQUIM ALVES FARIAS
34 - ANTONIA ALVES FARIAS
35 - JOSE SANCHÔ FARIAS
36 - ANTONIA ALVES FARIAS
37 - JOAQUIM ALVES FARIAS
38 - ANTONIA ALVES FARIAS
39 - JOSE SANCHÔ FARIAS
40 - ANTONIA ALVES FARIAS
41 - JOAQUIM ALVES FARIAS
42 - ANTONIA ALVES FARIAS
43 - JOSE SANCHÔ FARIAS
44 - ANTONIA ALVES FARIAS
45 - JOAQUIM ALVES FARIAS
46 - ANTONIA ALVES FARIAS
47 - JOSE SANCHÔ FARIAS
48 - ANTONIA ALVES FARIAS
49 - JOAQUIM ALVES FARIAS
50 - ANTONIA ALVES FARIAS
51 - JOSE SANCHÔ FARIAS
52 - ANTONIA ALVES FARIAS
53 - JOAQUIM ALVES FARIAS
54 - ANTONIA ALVES FARIAS
55 - JOSE SANCHÔ FARIAS
56 - ANTONIA ALVES FARIAS
57 - JOAQUIM ALVES FARIAS
58 - ANTONIA ALVES FARIAS
59 - JOSE SANCHÔ FARIAS
60 - ANTONIA ALVES FARIAS
61 - JOAQUIM ALVES FARIAS
62 - ANTONIA ALVES FARIAS
63 - JOSE SANCHÔ FARIAS
64 - ANTONIA ALVES FARIAS
65 - JOAQUIM ALVES FARIAS
66 - ANTONIA ALVES FARIAS
67 - JOSE SANCHÔ FARIAS
68 - ANTONIA ALVES FARIAS
69 - JOAQUIM ALVES FARIAS
70 - ANTONIA ALVES FARIAS
71 - JOSE SANCHÔ FARIAS
72 - ANTONIA ALVES FARIAS
73 - JOAQUIM ALVES FARIAS
74 - ANTONIA ALVES FARIAS
75 - JOSE SANCHÔ FARIAS
76 - ANTONIA ALVES FARIAS
77 - JOAQUIM ALVES FARIAS
78 - ANTONIA ALVES FARIAS
79 - JOSE SANCHÔ FARIAS
80 - ANTONIA ALVES FARIAS
81 - JOAQUIM ALVES FARIAS
82 - ANTONIA ALVES FARIAS
83 - JOSE SANCHÔ FARIAS
84 - ANTONIA ALVES FARIAS
85 - JOAQUIM ALVES FARIAS
86 - ANTONIA ALVES FARIAS
87 - JOSE SANCHÔ FARIAS
88 - ANTONIA ALVES FARIAS
89 - JOAQUIM ALVES FARIAS
90 - ANTONIA ALVES FARIAS
91 - JOSE SANCHÔ FARIAS
92 - ANTONIA ALVES FARIAS
93 - JOAQUIM ALVES FARIAS
94 - ANTONIA ALVES FARIAS
95 - JOSE SANCHÔ FARIAS
96 - ANTONIA ALVES FARIAS
97 - JOAQUIM ALVES FARIAS
98 - ANTONIA ALVES FARIAS
99 - JOSE SANCHÔ FARIAS
100 - ANTONIA ALVES FARIAS

