

Nº Documento: 20190623159562

Escritório: SAO JOSE DO EGITO

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO
R BOM JESUS, COMPESA 00059 - CENTRO SAO JOSE DO EGITO PE 56700-000
INSCRIÇÃO: 136.814.078.0001.450

GRUPO: 15

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 02315956.2

02315956.2

06/2019-3

LIGADO	POTENCIAL				
A11U205271	10/06/2019	10/07/2019			MEDIA HD /
ÁGUA					
LEIT. ANT.: 656	CONSUMO: 7	ESGOTO			
LEIT. ATUAL: 666	TAXA MINIMA	LEIT. ANT.:			VOLUME: 0
LEIT. FAT.: 666	ANORMALIDADE DE LEITURA	LEIT. ATUAL:			
		LEIT. FAT.:			
HISTÓRICO DE CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS			
REFERÊNCIA/CONSUMO		PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT.	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
05/2019 7/			MS 2.914/11		
04/2019 9/		TURBIDEZ	42	45	45
03/2019 7/		COR APARENTE	42	45	45
02/2019 7/		COLOR RESIDUAL	42	45	45
01/2019 7/		COLIFORMES TOTAIS	42	45	45
12/2018 7/		E.Coli	42	45	45
MÉDIA 7/ 0		OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E COLOR RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.			

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2019

JUROS DE MORA 04/2019

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

7 M3

41,30

0,85

0,29

PIS	41,30	1,65	0,68
COFINS	41,30	7,60	3,14

20/07/2019

42,44

Entido por: INTERNET

Entido em: 02/08/2019

02315956.2

06/2019-5

20/07/2019

42,44

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1506 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

Francinaldo Gomes da Silva Souto

Inscrito (a) no CPF/CNPJ

9.31.101.894-53

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Ronaldo Lopes de Oliveira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 291.938.504-68

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da Vítima

José Ronaldo Lopes de Oliveira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº

291.938.504-68

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

Militar

Renda: 6130,29

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: Rua Bom Jesus

Novo Horizonte

Cidade: São José do Egito

E-mail: fran730gss@gmail.com

Número: 59

Estado: PE

Complemento:

Casa

CEP: 56700-000

Tel.(DDD):

Local e Data:

São José do Egito-PE, 03.10.2019

Francinaldo G. da S. Souto

Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO.

POLICIA MILITAR DE PERNAMBUCO

CNPJ: 11433180000157

NOME FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO		MATRÍCULA 9306064	COMPETÊNCIA JUL/2019	
LOTAÇÃO 23 BPM 3 CPM SAO JOSE DO EGITO		IDENTIDADE 00000041228 PM PE	CPF 931.101.894-53	ADMISSÃO 02/08/1993
CARGO: 154 - TERCEIRO SARGENTO TAB: MLT PLN: 154 - TERCEIRO SARGENTO NIV: 001 STP: D		FUNÇÃO: 153 - SEGUNDO SARGENTO TAB: MLT PLN: 153 NIV: 001 STP: A		
ESPECIALIDADE:				
BANCO/AGÊNCIA BRADESCO AFOG.DA INGAZEIRA(PE)		CONTA 01001515	DEPIR 1	DEP.SF 0

CÓD.	DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	VANTAGENS	DÉSCONTOS
3	SOLDO		R\$ 5.308,52	
21	V REFEICAO	22,00	R\$ 246,40	
23	GR LOC ESPEC		R\$ 21,77	
263	GAT		R\$ 800,00	
126	APCS PMBM-AT			R\$ 49,90
240	SUL AMERICA			R\$ 21,79
268	CAS			R\$ 22,09
269	SISMEPE	4,00		R\$ 212,34
282	IRRF			R\$ 536,75
327	CARTAO BMG			R\$ 242,17
395	BC BRASIL			R\$ 576,75
397	FUNAFIN	13,50		R\$ 827,59

SALÁRIO (BASE) R\$ 0,00	SALÁRIO (HORA) R\$ 0,00	F.G.T.S. R\$ 0,00	TOTAL DE VANTAGENS R\$ 6.376,69	TOTAL DE DESCONTOS R\$ 2.489,38
BASE (INSS / IPSEP) R\$ 6.130,29	BASE (IMP.RENDA) R\$ 6.130,29	MARGEM CONSIGNÁVEL R\$ 760,91	LÍQUIDO R\$ 3.887,31	

Mensagem: ATENÇÃO APOSENTADO E PENSIONISTA: NO PERIODO DE 11 A 25 DO MÊS DE SEU ANIVERSÁRIO, COMPAREÇA A SUA AGÊNCIA DO BRADESCO

Código de autenticidade: b3e81d5f48bd5a22730980fc393d00d7fb14fa2de92d8493eb1ecf797a5eddb3e

OBS: A autenticidade desta contracheque deverá ser confirmada na página do Portal do Servidor, ou clicando

- José Ronaldo Lopes de Oliveira SVS 709808095795896
- Mãe Aurita Lopes de Oliveira

RG - 1377.360

Data de Nascimento 13/11/1957

Rua da Aurora no 168 - Bairro Piranga
São José do Egito

FONE - 999572101

Filho - Mãe - 999294086

CPF - 291938-504-68

Quadril
Clavícula

faciente supra trauma na
clavícula, após acidente
de moto.
Reparação e presente deformidade

Casa de saúde São Vicente

Exames

Moió X. Clavícula esquerda

acidente de moto

RECEITUÁRIO

Joel Raula Lopes de Oliveira

Pedro que o dade a frente deprecida
no dia 19/03/17 com história clínea de
queda de noturno e febre. Exatidão
história de cloride e queda na condutividade
abdominal e rugas.

Data: 28/06/17

D. Daniel Barbosa da Silva
Médico
CRM-PE 24956

Médico - CRM

HOSPITAL MARIA RAFAEL DE SIQUEIRA
Rua Antônio Mariano de Souza, 16 - Bairro Antônio Marinho
São José do Egito - PE - CEP 56700-000 - Tel: (87) 3844.1192

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
HOSPITAL SÃO VICENTE		2351633	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HOSPITAL SÃO VICENTE		2351633	

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO 1377360		NOME ATEND.	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE 709808095795896		6 - SIS PRE NATAL	7 - SENHA/REGULAÇÃO
9 - NOME DO PACIENTE JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA		10 - DATA DE NASCIMENTO 13/11/1957	8 - Nº DO PRONTUÁRIO 000137668
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL AURITA LOPES DE OLIVEIRA		11 - SEXO Masculino	
14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO) DA AURORA		DDD 13 - TELEFONE DE CONTATO (87) 99957-2101	
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA SAO JOSE DO EGITO		16 - COD. IBGE MUNICÍPIO	17 - UF PE
		18 - CEP 56700-000	

- JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- ponto onde de trauma em
ombro esquerdo, com dor, deformidade
e limitação funcional

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

<p>AP</p>		<p>22 - CID. 10 PRINCIPAL</p> <p>5420</p>	
<p>21 - DIAGNÓSTICO INICIAL</p> <p>Leucosiderose</p>	<p>23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO</p>	<p>24 - CID. 10 SECUNDÁRIO</p>	<p>25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS</p>

PROCEDIMIENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		PROCEDIMENTO SOLICITADO		27 - COD. DO PROCEDIMENTO	
28 - CLÍNICA		29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		30 - DOCUMENTO	
202 - TRAUMA. MASC. 01		1 X CNIS		31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE		33 - DATA DA SOLICITAÇÃO		34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)	
		13/06/2017		CPF: 07.34.3.984-4 CRM: 16278 Diretor Clínico	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 -	ACIDENTE DE TRÁNSITO	38 - CNPJ DA SEGURADORA	39 - Nº DO BILHETE	40 - SÉRIE
36 -	ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO			
37 -	ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	41 - CNPJ DA EMPRESA	42 - CNAE DA EMPRESA	43 - CBOR
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				
	EMPREGADO		EMPREGADOR	
			AUTÔNOMO	
			DESEMPREGADO	
			APOSENTADO	
				NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO		46 - COD. ORGÃO EMISSOR	
47 - DOCUMENTO		48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
[] CNS [] CPF		[]	
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		50 - ASSINATURA E CARIMBO (e DO REGISTRO DO CONSELHO)	
/ /		<p>Dr. João de Almeida Melo</p> <p>CPF: 153.272.214-15 CRM: 8803</p> <p>Médico Autorizador</p> <p>XI GERES</p>	

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
261710 479664-7 (AIH)
MOTIVO DA ALTA: 02
CARATER DA INTERNAÇÃO: 02
DATA DA INTERNAÇÃO: 03.06.2017
DATA DA ALTA: 05.06.2017

Hospital São Vicente

Data do Atendimento: 13/06/2017		Nº Registro: 000137668	
Identificação do Paciente: JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA		202 - TRAUMA. MASC. 03	
Data Nascimento: 13/11/1957	Idade: 59	Sexo: Masculino	Cor: Parda
Estado Civil: Divorciado(a)	Profissão: MESTRE DE OBRAS	Naturalidade: SAO JOSE DO EGITO	Nacionalidade: Brasileiro
Filiação: Pai: FRANCISCO JOSE DE OLIVEIRA		Mãe: AURITA LOPES DE OLIVEIRA	
Endereço: DA AURORA		168	
Bairro: IPIRANGA	Cidade: SAO JOSE DO EGITO	Estado: PE	Telefone: (87) 99957-2101
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trânsito []		Acidente de Trabalho []	
Suicídio []		Outros Acidentes []	
Casual []		Agressão []	
Outros []			
Nome do Acompanhante:		Telefone para Contato:	
Endereço:			
Local da Ocorrência:			
ANAMNESE E EXAME FÍSICO			
<p><i>Lesão perfurante Hst, deformi- dade pérfora, olho e falange, dor e hemorragia mod - ativo olho e</i></p>			
Diagnóstico Inicial			
<p><i>luxação promio-clavicular e -</i></p>			
S.A.D.T			
<p><i>Lesão TPAE, MIA, Glucose e Creatinina</i></p>			
Diagnóstico Final			
CONDIÇÃO DE ALTA		MOTIVO DA ALTA	
Melhorada [x]	Decisão Médica [x]		
Inalterado []	Alta a Pedido []		
Piorado []	Transferência []		
Óbito+48h []	Evasão []		
Óbito-48h []	Indisciplina []		
Óbito em: ____/____/____			
Hora: ____:____			
		<p>Data do Internamento: 13/06/17</p> <p>Data da Alta: 15/06/17</p> <p>Local: Antonio Rodrigues de Freitas</p> <p>CPF: 006.552.003-25 CRM: 7351</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> <p>Médico Responsável</p>	

Cirurgia Realizada: Exatoma de 20x10 mm

Data: 20/01/2020

N° do Procedimento: 4

Cirurgião: Dr. João

1° Auxiliar: Dr. João

2° Auxiliar: Dr. João

Anestesia: Fluoroscopia

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- ① Incisão em centro do plexo plexo braquial.
- ② Assépsie, antissepsia, uso de luvas.
- ③ Acesso deltopectoral rotineiro, identificação de lig. coracoclavicular.
- ④ Redução de lesões comissurais e passagem de liça 2.0 plano.
- ⑤ Análise de neo-ligamento forado em clivagem utilizando lig. epitroclear.
- ⑥ Fechamento por plano.
- ⑦ Curativo.



Assinatura do Cirurgião



Hospital São Vicente

* Rua Inocência Gomes de Andrade, 603
Centro - Fone: (87) 3831-9150
Serra Talhada - Pernambuco
CNPJ 10.280.543/0001-63

ATESTADO

Nome:

Jose Ronaldo Lopes de Jesus

Atesto para os devidos fins que o (a) citado (a):

☐ Apresenta ao Exame Clínico, boa saúde física e mental;

☐ Compareceu para Atendimento Médico, sendo liberado às ____ hs;

☐ Necessita de ____ dia(s) (____) de
afastamento de suas atividades acadêmicas e/ou profissionais;

☒ Esteve internado neste Hospital no período de 13/06/17 à
15/06/17 e necessita de mais 60
sementes dias para sua reabilitação;

☐ Acompanhou o Paciente: _____
no período de ____/____/____ à ____/____/____, neste Hospital;

CID-10 S43.1

Serra Talhada - PE, 15 de 06 de 2017

Atenciosamente;

Médico/CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1017338383	NOME JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA	
	DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF 1377360 SDS PE	
	CPF 291.918.504-68	DATA NASCIMENTO 13/11/1957
	FILIAÇÃO FRANCISCO JOSE DE OLIVEIRA AURITA LOPES DE OLIVEIRA	
	PERMISSÃO AB	ACC AB
Nº REGISTRO 03508173853		VALIDADE 01/12/2019
		1ª HABILITAÇÃO 17/02/2005
OBSERVAÇÕES sem observações		
ASSINATURA DO PORTADOR <i>João Ronaldo Lopes de Oliveira</i>		
PROIBIDO PLASTIFICAR 1017338383	LOCAL AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE	DATA EMISSÃO 02/12/2014
	ASSINATURA DO EMISSOR <i>João Ronaldo Lopes de Oliveira</i>	
	89614664965 PR063162385	
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)		

629qmo3

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
REGISTRO CIVIL	7.650.438	DATA DE EXPEDIÇÃO	09/08/2004
NOME << FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO >>			
FILIAÇÃO << >>			
<< ZITA GOMES DA SILVA >>			
LOCALIDADE	BREJINHO - PE	DATA DE NASCIMENTO	15/11/1973
<< CC.4455 L.832 F.63 CART. SÃO JOSÉ DO EGITO-PE 07.04.2004 >>			
931 101.684-53			
			
LEI Nº 7.102 DE 20.05.99		CARTEIRA DE IDENTIDADE	

629qmo3

DETRAN - PE Nº 013155228350
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	803792433	*****	2017

NOME

JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA

SAO JOSE EGITO-PE

CPF / CNPJ
291.938.504-68PLACA
KHE1775PLACA ANT. / UF
***** / PECHASSI
9C2JC30103R220122

ESPÉCIE TIPO

PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL

CASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125 TITAN KS

ANO FAB.

2003

ANO MOD.

2003

CAP. / POT. / CIL

2P/124CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS

IPVA 2017 QUITADO

1* *****

FAXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

2* *****

3* *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERENCIA

SAO JOSE EGITO-PE

DATA
24/02/17Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE SEGURO DE VEICULO PARA AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013155228350 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA

RUA DA AURORA 18

56700-000

CASA IPIRANGA SAO JOSE EGITO-PE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

2017

DATA EMISSÃO

24/02/17

VIA

1

CPF / CNPJ

291.938.504-68

PLACA

KHE1775

RENAVAM

803792433

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125 TITAN KS

ANO FAB.

2003

CAT. TARIF.

09

Nº CHASSI

9C2JC30103R220122

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO

PAGAMENTO

COTA ÚNICA

PARCELADO


DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0372867/19

Vítima: JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA

CPF: 291.938.504-68

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 19/03/2017

Titular do CPF: JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

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

FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO : 931.101.894-53

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

JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA : 291.938.504-68

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: 24/10/2019
Nome: FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO
CPF: 931.101.894-53

FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2019
Nome: RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA
CPF: 703.646.014-85


RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Robsonaldo Lopes de Oliveira CPF da vítima: 291.938.504-68
 Data do Acidente: 19.03.2017
 Portador da documentação: Francinaldo Gomes da Silva Filho
 Qualificação do Portador: ☐ Vítima ☒ Representante Legal (do parentesco com a vítima é):
 Endereço do portador: Rua Bonfins
 Número: 59 Complemento: Rua Bairro: Novo Horizonte
 Cidade: São João do Oitavo CEP: 5670000 Telefone: 87 99907580
 E-mail: _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☒ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Laudo do IML (cópia simples e legível)
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

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 e legível)
 - ☒ CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☒ Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data: 03.10.2019
 Identidade: 7650438505-PE
 Assinatura: _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovações (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
- ☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo recibo médico (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

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 e legível)
 - ☐ CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES: Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data: _____
 Nome: _____
 Assinatura: _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190603680 **Cidade:** São José do Egito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 19/03/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM 2 FIOS DE KIRSCHNER (P6).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190603680 **Cidade:** São José do Egito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 19/03/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM 2 FIOS DE KIRSCHNER (P6).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190603680

Vítima: JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 19/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190603680

Vítima: JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 19/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 756

Agência: 000004293

Conta: 00000143403-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 291.938.50468 Nome completo da vítima: Jose Ronaldo Lopes de Oliveira

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

Nome completo: Jose Ronaldo Lopes de Oliveira CPF: 291.938.50468

Profissão: Arestado de obras Endereço: Rua Marechal Rondon Número: 221 Complemento: Casa

Bairro: Centro Cidade: São José do Egito Estado: PE CEP: 56700-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

RENDA MENSAL:

☐ RECLUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SICOOB

AGÊNCIA: 4293 CONTA: 143.403 9

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas de lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Local e Data: São José do Egito - PE 27.07.19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

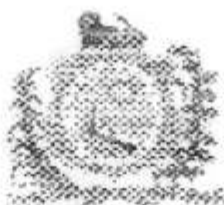
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 168ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO
EGITO - DP168ªCIRC DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0258000900**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/08/2017** às
14:32

Complementa o BO Número: **17E0258000757**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **19/3/2017** no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **RUA POETA ROGACIANO LEITE, 1** - Bairro:
CENTRO - SÃO JOSÉ DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INDETERMINADO (AUTOR / AGENTE)
ANTÔNIO SANTINO DA SILVA (TESTEMUNHA)
DAMIANA EDNA DA SILVA (TESTEMUNHA)
JOSÉ RONALDO LOPES DE OLIVEIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ RONALDO
LOPES DE OLIVEIRA**

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

JOSÉ RONALDO LOPES DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: **AURITA LOPES DE OLIVEIRA** Pai: **FRANCISCO JOSÉ DE OLIVEIRA** Data
de Nascimento: **13/11/1957** Naturalidade: **SÃO JOSÉ DO EGITO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA MARECHAL RONDON, 221 - CEP: 8 - Bairro: CENTRO - SÃO
JOSE DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANTÔNIO SANTINO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

DAMIANA EDNA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade:
NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

INDETERMINADO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: **NÃO**

José Ronaldo Lopes de Oliveira



INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ RONALDO LOPES DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ RONALDO LOPES DE OLIVEIRA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE)**

Placa: **KHE1775** (PERNAMBUCO/SÃO JOSE DO EGITO) Renavam: **803782433** Chassi: **902JG30103R220122**
 Ano Fabricação/Modelo: **2003/2003** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA O SRº JOSÉ RONALDO, EM SEGUIDA RELATOU: QUE, CONDUZIA SUA MOTOCICLETA NA RUA POETA ROGACIANO LEITE; QUE, AO COCHILAR, PERDEU O CONTROLE E CAIU; QUE FOI ATENDIDO PRIMEIRAMENTE NO HOSPITAL MARIA RAFAELA DE SIQUEIRA; QUE, DIAS DEPOIS, FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL SÃO VICENETE, EM SERRA TALHADA, LOCAL ONDE FOI CIRURGIADO.

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

José Ronaldo Lopes de Oliveira
JOSÉ RONALDO LOPES DE OLIVEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **RINALDO CARLOS ANGELO PATRIOTA - MAT. 221.435-0**
 Matrícula: **221435-0**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 291.938.50468 Nome completo da vítima: Jose Ronaldo Lopes de Oliveira

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

Nome completo: Jose Ronaldo Lopes de Oliveira CPF: 291.938.50468

Profissão: Arestado de obras Endereço: Rua Marechal Rondon Número: 221 Complemento: Casa

Bairro: Centro Cidade: São José do Egito Estado: PE CEP: 56700-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

REDA MENSAL:

☐ RECLUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SICOOB

AGÊNCIA: 4293 CONTA: 143.403 9

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas de lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Local e Data: São José do Egito - PE 27.07.19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA

BANCO: 756

AGÊNCIA: 04293

CONTA: 000000143403-9

Nr. da Autenticação 2685F74806FE9576

