

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

02315956.2

06/2019-5

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 02315956.2

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

DESCRIPÇÃO 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			

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 02/08/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195  
 VAZAMENTOS: 0800-0810185

20/07/2019

**Arpe** Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

02315956.2

06/2019-5

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.seguraduralider.com.br](http://www.seguraduralider.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: 4000-1596 / Outros 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 05 | Central Ondulária: 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<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação 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 COAF.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Francinaldo Gomes da Silveira 3000  
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 931.101.891-53

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

Invalido

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: 61.30,29

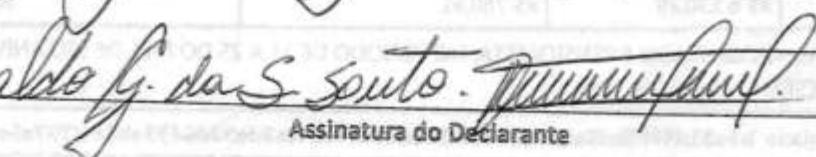
e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Bom Jesus</u>	Número:	<u>39</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Placa:	<u>KKJ 0000</u>	Estado:	<u>PE</u>	CEP:	<u>56700-000</u>
E-mail:	<u>granz33@ymail.com</u>				Tel.(DDD):

Local e Data: João José do Egito-PE, 03.10.2019

Francinaldo G. da S. Silveira. 

Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO.  
POLICIA MILITAR DE PERNAMBUCO  
CNPJ: 11433190000157

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 INGAZERA(PE)	CONTA 01001515	DEP.JR 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.REND) R\$ 6.130,29	MARGEM CONSIGNÁVEL R\$ 760,91		LÍQUIDO R\$ 3.887,31

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

Código de autenticidade: b3e81d5f48bd5a22730980fc393d00d7fb14fa2de92d8493eb1ecf797a5edb3e

OBS: A autenticidade deste contracheque deverá ser confirmada na página do Portal do Servidor, ou clicando [aqui](#)

19/03/17: Dado 15

WMAU/Handwritten

No de congelación  
exp.

EF nov. Metabol

Pre-estra boloane  
Piglet

1. Válvula Iy-1000N 10
2. DPM Iy-100,1
3. Reboque Iy-100 L

Dr. H. M. M. M. M. M.  
CEMPE 24956

27/06/17

Revisión de cloruro (C)

- José Ronaldo Bopis de Oliveira SVS 709808095795896  
- Mãe - Aurora Bopis de Oliveira

RG - 1377.360

Data de Nascimento 13/11/1957

Rua - da Aurora nº 168 - Bairro Spinango  
Sob - José do Egito

FONE - 999572101

Filho - Nam - 999 294086

CPF - 291938-501-68

Quadro  
Único

Facundo segue tratamento de  
classificar, após acidente  
de moto.  
Reparo dor e apresente deformidade

cor da pele sem varizes

Exames  
Maior X. clavicular esquerda

acidente de moto

RECEITUÁRIO

Joel Andrade Lopes de Oliveira

Pedro que caiu a faca de corte  
no dia 19/03/17 com histórico clínico de  
quebra de molar no dente. Enviaram  
ficha de morteza se pode mandar de  
abordagem cirúrgica.

}

Data: 28/06/17

~~Rafael 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

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2351633

4 - CNES

2351633

## Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO

1377360

NOME ATEND.

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

709808095795896

6 - SIS PRE NATAL

9 - NOME DO PACIENTE

JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

AURITA LOPES DE OLIVEIRA

14 - ENDERECO (RUA N° BAIRRO)

DA AURORA

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SAO JOSE DO EGITO

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

PE 56700-000

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Percebo o traço de trauma em  
ombro esquerdo, com dor, deformidade  
e contração muscular

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

Fractura (6) AP

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fractura Acromioclavicular (6)

22 - CID. 10 PRINCIPAL

5420

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - COD. DO PROCEDIMENTO  
040801035

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

202 - TRAUMA. MASC.01

1 X CNS 1 CPF

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

CPF: 05.3.8.3.994-4

CRM: 15278

Dirigente Clínica

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

35 - I ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - CNPJ DA SEGUROADORA

39 - N° DO BILHETE

40 - SÉRIE

36 - I ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - CNAE DA EMPRESA

43 - CBOR

37 - I ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

I EMPREGADO I EMPREGADOR I AUTÔNOMO I DESEMPREGADO I APOSENTADO I NÃO SEGURADO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

46 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

261310 479664-7

MOTIVO DA ALTA:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

DATA DA INTERNAÇÃO:

DATA DA ALTA:

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

I CNS I CPF

I Dr. Edvaldo de Andrade Melo

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (DO REGISTRO DO CONSELHO)

CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603

Médico Autorizador

XI GERES

## Hospital São Vicente

### DESCRICAÇÃO CIRÚRGICA

88

~~Diffuse~~  
Perito

## 2º Auxiliar:



**Assinatura do Cirurgião**



Hospital São Vicente

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

ATESTADO

Nome: João Pedro Jópica da Silva

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;

CK Esteve internado neste Hospital no período de 13/06/17 à 15/06/17 e necessita de mais 60 sentente 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

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

**1017338383**

NAME JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA	DOC. IDENTIDADE/ONG. EMISSOR/UF 1377360 SDS PE	
CPF 291.918.504-68	DATA NASCIMENTO 13/11/1957	
PAI/AO FRANCISCO JOSE DE OLIVEIRA	MÃE/A AURITA LOPES DE OLIVEIRA	
PERMISSÃO [ ]	ACD [ ]	DATA HAB. AB
Nº REGISTRO 03508173863	VALIDADE 01/12/2019	1ª HABILITAÇÃO 17/02/2005
OBSERVAÇÕES sem observações		
<i>João Pedro Lopes de Oliveira</i> ASSINATURA DO PORTADOR		
LOCAL AFOGADOS DA INGAZIRIA - PE	DATA EMISSÃO 02/12/2014	
<i>João Pedro Lopes de Oliveira</i> ASSINATURA DO EMISSOR		
89614664965 PE063162385		
DETRAN-PE (PERNAMBUCO)		

PRODUTO PLASTIFICADO  
TÉCNICA INFRATRAN

**1017338383**



DETAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOVIA CÓD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO  
1 803792433 \*\*\*\*\* 2017NOME  
JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA

SAO JOSE EGITO-PE

CPF / CNPJ PLACA  
291.938.504-68 KHE1775  
PLACA ANT / UF CHASSI  
\*\*\*\*\*/PE 9C2JC30103R220122ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL  
PAS /MOTOCICLISTA GASOLINA  
MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
HONDA/CG 125 TITAN KS 2003 2003  
CAP / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2P/124CL PARTIC VERMELHA  
I P COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC / COTAS  
V A IPVA 2017 QUITADO 1\* \*\*\*\*\*  
FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2\* \*\*\*\*\*  
1 3\* \*\*\*\*\*PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
SEGURADO PAGO IRO OBRIGATÓRIO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO  
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIALOCAL DATA  
SAO JOSE EGITO 24/02/17  
Charles Andrews Sousa Ribeiro  
Diretor Presidente DETAN/PE

SEGURO COBERTURA DE DANOS PESSOAS CARGAS E/OU EQUIPAMENTOS 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-PEESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

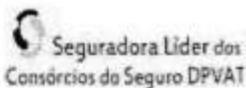
EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2017 24/02/17VIA CÓD. RENAVAM PLACA  
1 803792433 KHE1775  
MARCA / MODELOHONDA/CG 125 TITAN KS ANO FAB. N° CHASSI  
2003 9C2JC30103R220122ANO FAB. CAT TARIF. CUSTO DO SEGURO (R\$)  
2003 09PRÊMIO TARIFÁRIO  
ENS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
SEGURADO PAGOCUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)  
SEGURADO PAGOPAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.606/0001-04

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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0372867/19

**Vítima:** JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA

**CPF:** 291.938.504-68

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 19/03/2017

**Titular do CPF:** JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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: RAPHAELA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA  
CPF: 703.646.014-85

RAPHAELA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

### IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: José Bonalvo Lopes de Oliveira  
 Data do Acidente: 19.03.2017  
 CPF da vítima: 291.938.504-68  
 Portador da documentação: Francinolfo Gomes da Silva Souto  
 Qualificação do Portador:  Vítima  Representante Legal (o parentesco com a vítima é:  
 Endereço do portador: Rua Bom Jesus  
 Número: 59 Complemento: case Bairro: Novo Horizonte  
 Cidade: São José do Rio Preto CEP: 56700-000 Telefone: (18) 9990-2580  
 Email:

### 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 - 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](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitalis e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)**

### POR TADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data: 03.10.2019

Identidade:

Assinatura: José Bonalvo Lopes de Oliveira

### 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

**Valorização 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

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

# 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

**Valorização 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

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

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

---

Rio de Janeiro, 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



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

---

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# 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:	Nome completo da vítima:	
291.938.504.681 José 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:		CPF:	291.938.504.681
Propriedade:	Endereço:	Número:	Complemento:
Residende obras Centro	Rua Marechal Rondon	221	casa
Brasília	Cidade:	São José do Egito	Estado:
Centro		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).

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00  | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA        | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | <input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)   | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                                  |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)  | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)               |

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

AGÊNCIA:  CONTA:  143.403 9  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 Lider 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: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 27/07/14  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

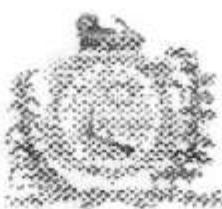
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Preditador (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  
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLICIA DA 168ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO EGITO - DP168ªCIRC DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 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 - Culposo (Consumado)  
 que aconteceu no dia 19/3/2017 no periodo 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** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino  
 Nascimento: 13/11/1957 Naturalidade: SÃO JOSÉ DO EGITO / PERNAMBUCO / BRASIL  
 Endereço Residencial: RUA MARECHAL RONDON, 221 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SÃO JOSÉ 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 INFORMADO

*José Rondodo Lopes de Oliveira*



INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

**VEÍCULO (VEICULO)** de propriedade do(s) Sr(a): **JOSÉ RONALDO LOPES DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(s) Sr(a): **JOSÉ RONALDO LOPES DE OLIVEIRA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido. N.º  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 UNIDADE**

Placa: **MEHE1776** (PERNAMBUCO/SAO JOSE DO EGITO) Renavam: **883782433** Chassi: **SG23G36183R226122**  
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 VICENTE, EM SERRA TALHADA, LOCAL ONDE FOI CIRURGIADO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente(n) neste local

## Jose Rondon Lopes de Oliveira

JOSÉ RONALDO LOPES DE OLIVEIRA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **RINALDO CARLOS ANGELO PATRIOTA** - MAT. 221.43  
Matrícula: 221.435-9

RIOTA - MAT. 221.435-8  
DELEGA

# 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:	Nome completo da vítima:	
291.938.504.681 José 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:		CPF:	291.938.504.681
Propriedade:	Endereço:	Número:	Complemento:
Residende de Obra	Rua Marechal Pondon	221	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Centro	São José do Egito	PE	56700-000
E-mail:		Tel. (DDD):	

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO MENSAL:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00  | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA        | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | <input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)   | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                                  |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)  | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)               |

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

AGÊNCIA:  CONTA:  143.403 9  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 Lider 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 Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 27.07.14  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Preditador (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.

19/03/17: Dendrobium

himalayanum

No di ameplante  
esito.

CF avv. met fiori

Pre eden botanica  
Pfister

1. Vello 18-19 cm
2. Diam 14-15 mm
3. Petiol 4-5 cm

Dr. B. B. Meindl  
CBMPE 24955

27/06/17

Revisor for doxanthus (P)

# 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

## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO JOSE DE OLIVEIRA  
CPF: 065.760.014-67

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MAL RONDON 221  
CENTRO/SAO JOSE DO EGITO  
56700-000 SAO JOSE DO EGITO PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

## DATA DE VENCIMENTO

11/07/2019

## TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

04/07/2019

## DATA DA APRESENTAÇÃO

04/07/2019

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

058294737

## CONTA CONTRATO

000228212016

## Nº DO CLIENTE

2000105138

## Nº DA INSTALAÇÃO

0003585735

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

3444.4CED.6B73.F271.722A.F0DE.CB59.E6D5

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	155,00	0,78063095	120,99
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,01
Contrib. Ilum. Pública Municipal			19,01
Multa por atraso-NF 064377233 - 04/06/19			2,30
Juros por atraso-NF 064377233 - 04/06/19			0,03
Atualização (IGPM-NF 064377233 - 04/06/19)			0,02
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			1,67
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>140,99</b>

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO		
	Consumo Ativo(kWh)	0,540233088	KWh
Consumo Ativo(kWh)	155	JUL 19	155
		JUN 19	152
		MAR 19	178
		ABR 19	150
		MAR 19	135
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
	R\$	%	
Geração de Energia	35,46	23,87	JAN 19
Transmissão	4,37	3,00	DEZ 18
Distribuição (Cafpe)	21,54	15,08	NOV 18
Encargos Saturais	6,32	4,14	OUT 18
Trânsito	35,93	25,82	SET 18
Péndulo de Energia	0,26	0,19	AGC 18
<b>TOTAL</b>	<b>121,30</b>	<b>100</b>	<b>JUL 19</b>

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		M- DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
06003000002153118	CAT	04/06/2019	6.386,00	04/07/2019	6.253,00	30	1.02090	0,05	155,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 05/08/2019

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM	META ANUAL
					mai/2019
GIC-No de horas sem Energia	SAO JOSE DO EGITO	3,30	5,79	11,84	22,16
PIC-No de vezes sem Energia		0,39	3,36	6,72	13,45
GIMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,27	9,09	9,09
DICR-Duração de interrupção em dia crítico					Linha DICR: 12,32
EURD-Valor do Encargo de Uso = R\$		46,34			
Todo Consumidor pode voltar a apresentar des. Indicadores DIC, PIC, GIMC e DICR a qualquer tempo					

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Amanda Leite Siqueira farmácia: av governador walfrido siqueira centro / drogaria potiguar: rua governador walfrido siqueira 05 centro. lista completa em [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br).  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tenacidade de fornecimento.  
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo. não.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

## NIVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000228212016	07/2019	0,00	11/07/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cahnoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA