

vivo

Nº da Conta: 00001104243194
Mês de referência: 12/2019
Período: 06/11/2019 a 05/12/2019
Data de emissão: 06/12/2019

2ª Via

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
*0486 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefônica Brasil S.A.
Av. Engenheiro Domingos Ferreira, 837
CEP: 51011-051 - Recife - PE
I.E.: 18100102949445
CNPJ Matríz: 02.558.157/0001-62
CNPJ Filial: 02.558.157/0008-39

IRLAN DA SILVA NUNES
RUA PASCOAL CARRAIONE 554
. 554
CENTRO
55920-000 ITAMBE - PE

Vencimento
24/12/2019

Total a Pagar
R\$ 57,74

Aguarde informações
referentes ao Vivo Valoriza

Seus Números Vivo
81-99181-7640

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

Planos Anatel

128/POS/SMP - VIVO CTRL DIGITAL_4GB ILIM_

O que está sendo cobrado de 06/11/2019 a 05/12/2019	Quantidade de Plano/Pacote	Quantidade de Números Vivo	Valor R\$ Plano/Pacote	Incluso Plano/Pacote	Utilizado Minutos/Unidades	Valor Total R\$
Serviços Contratados						
VIVO CTRL DIGITAL_4GB ILIM_	1	1	54,99	-	-	54,99
VIVO CONTROLE SERV DIGITAL II	1	1	0,00	-	-	-
BÔNUS CONTA DIGITAL	1	1	0,00	500MB	-	0,00
Subtotal Serviços Contratados						54,99
Outros Lançamentos						
Encargos Financeiros (multas e juros)						2,75
Subtotal						2,75
TOTAL A PAGAR						57,74

MENSAGEM PARA VOCÊ

A conta detalhada está disponível em www.vivo.com.br/meuvivo e pode ser solicitada impressa, de forma permanente ou não.
No app Meu Vivo além de ativar conta digital, você acompanha seu consumo de internet e solicita 2ª via de conta.
Você também pode ser atendido através do WhatsApp. É muito simples. Adicione o número 11 999 15 15 15 e fale com Vivo.

Mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção ao crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura.
ANATEL 1331 e 1332 para deficientes auditivos. Recurso de atendimento Vivo: ligue com o protocolo em mãos para 1058 e 142 para pessoas com deficiência de fala/audição.

vivo

Nome do Cliente
IRLAN DA SILVA NUNES

Cód. Débito Automático 1104243194-3

Nº da Conta 00001104243194

846700000009

577402921008

011042431947

919124751018

Autenticação Mecânica



COMPREI

Vencimento

24/12/2019

Total a Pagar - R\$

57,74

Data Referência 12/2019

PROTOCOLO
RECIFE

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12Para 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: 4020-1596 / 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 Nº 9.613/98.Pelo exposto, eu Irlan da Silva NunesInscrito (a) no CPF/CNPJ 078.199.184-62, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do BeneficiárioAntonio Manoel Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 236.042.634-68do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Antonio Manoel CostaInscrito (a) no CPF sob o Nº 236.042.634-68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Pascoal Corrêa Zoni</u>	Número: <u>554</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Itambé</u>	Estado: <u>PE</u> CEP: <u>55.920-000</u>
E-mail: <u>irlannunes.adv@gmail.com</u>	Tel. (DDD): <u>81-9.9181-7640</u>	

Local e Data: João Pessoa, 19 de dezembro de 2019
Assinatura do Declarante



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Documento de Alta

Nome: ANTONIO MANOEL COSTA			Número Prontuário: 119396
Data de Nascimento: 13/05/1956	Sexo: Masculino	Data de Internação: 20/11/2019 12:42:59	Data de Alta: 21/11/2019 11:34:26
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO			
Resumo da Internação: ECG 14/15 SEM DEFICIT MOTOR NEGA CERVICALGIA			
Resultado de Exames: TC CRANIO - HSAT EM CISTERNA MESENCEFALICA POSTERIOR			
Tratamento: CONSERVADOR			
Diagnóstico: S06.8 - Outros traumatismos intracranianos			
Recomendações: MEDICAÇÕES PRESCRITAS RETORNO NO AMBULATORIO DE NEUROCIRURGIA - HTOP (LIGAR E AGENDAR) RETORNO HOSPITALAR - EMERGENCIA - SEGUINDO ORIENTAÇÕES PRESCRITAS			

Thaise Agra Teixeira
Neurocirurgião
CRM 5247

THAISE AGRA TEIXEIRA
CRM: 5247 - PB

Data: 21/11/2019



Receituário

Paciente: ANTONIO MANOEL COSTA

Idade: 63

Data: null

Sexo: Masculino

CPF: 23604263468

BAE: 1204545

ORIENTAÇÕES PARA ALTA HOSPITALAR DA NEUROCIRURGIA

RETORNAR AO HOSPITAL (EMERGÊNCIA) EM CASO DE :

1- DOR DE CABEÇA QUE NÃO MELHORE COM MEDICAÇÕES PRESCRITAS

2- CRISES CONVULSIVAS

3- DESORIENTAÇÃO

4- PERDA DE FORÇA MOTORA EM BRAÇOS OU PERNAS

AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL NO HTOP - NEUROCIRURGIA

Receituário

Paciente: ANTONIO MANOEL COSTA

Idade: 63

Data: null

Sexo: Masculino

CPF: 23604263468

BAE: 1204545

ORIENTAÇÕES PARA ALTA HOSPITALAR DA NEUROCIRURGIA

RETORNAR AO HOSPITAL (EMERGÊNCIA) EM CASO DE :

1- DOR DE CABEÇA QUE NÃO MELHORE COM MEDICAÇÕES PRESCRITAS

2- CRISES CONVULSIVAS

3- DESORIENTAÇÃO

4- PERDA DE FORÇA MOTORA EM BRAÇOS OU PERNAS

AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL NO HTOP - NEUROCIRURGIA

Thaise Agra Teixeira
Neurocirurgia

CRM 5247

Dr. THAISE AGRA TEIXEIRA

5247/PB

Thaise Agra Teixeira
Neurocirurgia

CRM 5247

Dr. THAISE AGRA TEIXEIRA

5247/PB

Receituário

Paciente: ANTONIO MANOEL COSTA

Data: null

Sexo Masculino

CPF: 23604263468

Idade: 63

BAE: 1204545

USO ORAL:

PIPIRONA 1G ----- 01 CX
TOMAR 1CP VO 6/6H POR 5 DIAS
DICLOFENACO 50MG ----- 01 CX
TOMAR 01 CP VO 8/8H SE DOR

Thaise Agra Teixeira

Neurocirurgia

Dr. THAISE AGRATEIXEIRA

5247/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

CNES: 2593262 - FONE: (**83) 3216-5736 / 3216-5775

Receituário

Paciente: ANTONIO MANOEL COSTA

Data: null

Sexo Masculino

CPF: 23604263468

Idade: 63

BAE: 1204545

USO ORAL:

DIPIRONA 1G ----- 01 CX
TOMAR 1CP VO 6/6H POR 5 DIAS
DICLOFENACO 50MG ----- 01 CX
TOMAR 01 CP VO 8/8H SE DOR

Thaise Agra Teixeira

Neurocirurgia

CRM 5247

Dr. THAISE AGRA TEIXEIRA

5247/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

CNES: 2593262 - FONE: (**83) 3216-5736 / 3216-5775



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBÉ
Secretaria de Saúde

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a)

Sr.(a) Antônio Manoel Costa,

portador da Carteira Profissional Nº _____

série Nº _____ necessita

afastar-se de suas atividades por 15

quinze dias _____ dias a partir desta data.

CID (V29.9) Itambé, 25 / 11 / 19

Assinado por _____
Médico



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBÉ
Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: _____

Paciente: Antônio Manoel Costa

Registro nº _____

Atestado Médico

Apto para o atendimento farm, que o
paciente em questão, de 63 anos, RG nº
número 1.483.056, se encontra em
um acidente automobilístico, no dia
18/11/19, no município de Itambé,
sendo socorrido pelo Samu e levado
para Hospital de Itambé. Paciente se
encontra inconsciente, com lesões
em face, logo sendo conduzido para
Hospital de Trauma. Tem alta Hospitalar

sem lesões físicas com sequelas na
circulação, na fala e na visão

Data: 25 / 11 / 19

Assinado por _____
Médico

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
06R-45

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURLE



POLEGAR DIREITO



Antonio Manoel Costa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

VIAJAS EM TERRO E TERRITÓRIO NACIONAL

1.453.056

08/04/2019

ANTONIO MANOEL COSTA, P.P.

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURLE

13/05/1956

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO TITULAR



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
236.042.534-68

Nome
ANTONIO MANOEL COSTA

Nascimento
13/05/1956

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

03 JAN 2020

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

RECIFE

2020

RECEBIMOS DA ADMINISTRATIVA DE BRASER
RECEBIMOS DAS CIBANES

RECEBIMOS Nº 0628203408
 05/10/2010
 05/10/2010

RECEBIMOS Nº 0628203408
 05/10/2010
 05/10/2010

RECEBIMOS Nº 0628203408
 05/10/2010
 05/10/2010

RECEBIMOS Nº 0628203408
 05/10/2010
 05/10/2010

RECEBIMOS Nº 0628203408
 05/10/2010
 05/10/2010

RECEBIMOS Nº 0628203408
 05/10/2010
 05/10/2010

RECEBIMOS Nº 0628203408
 05/10/2010
 05/10/2010

RECEBIMOS Nº 0628203408
 05/10/2010
 05/10/2010

RECEBIMOS Nº 0628203408
 05/10/2010
 05/10/2010

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200001975 **Cidade:** Itambé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MANOEL COSTA **Data do acidente:** 18/11/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200001975 **Cidade:** Itambé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MANOEL COSTA **Data do acidente:** 18/11/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200001975

Vítima: ANTONIO MANOEL COSTA

Data do Acidente: 18/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IRLAN DA SILVA NUNES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO MANOEL COSTA

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, 11 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200001975

Vítima: ANTONIO MANOEL COSTA

Data do Acidente: 18/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IRLAN DA SILVA NUNES

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), ANTONIO MANOEL COSTA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15351207



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 236.042.634-68 4 - Nome completo da vítima: ANTONIO MANOEL COSTA

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

5 - Nome completo: ANTONIO MANOEL COSTA 6 - CPF: 236.042.634-68

7 - Profissão: APOSENTADO 8 - Endereço: RUA DAS ORQUÍDEAS 9 - Número: 103 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: JARDIM BELA VISTA 12 - Cidade: ITAMBÉ 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.920-000

15 - E-mail: irlgimnars.11u@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 21-9-9181-7640

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (conveniente para os bancos abaixo. Analise uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: 1657 08 CONTA: 11905 6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (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.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário ou representante legal: _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

40 - Local e Data: _____
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (autorizante): Antonio Manoel Costa

COMPROVANTE DE RECEBIMENTO
03 JAN 2020
PROTOCOLADO
RECIBE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 049ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAMBÉ -
DP49ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0139001519**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/12/2019** às **14:19**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) /
que aconteceu no dia **18/11/2019** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE ITAMBÉ, 1, RODOVIA PE 78.**
Bairro: **CENTRO - ITAMBÉ/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARCELO MANOEL COSTA (TESTEMUNHA)
ANTONIO MANOEL COSTA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse de(a)
Sr(a): **ANTONIO MANOEL COSTA**

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

ANTONIO MANOEL COSTA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe JOSEFA MARCIONILA DOS PRAZERES Pat. NÃO DECLARADO Data de Nascimento: 18/6/1966
Naturalidade: **ITAMBÉ / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1483996/9D3/PE (RG)** Profissão:
APOSENTADO Telefones Celulares:
- **81993036038**
Motivo da Viagem: **OUTROS**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE ITAMBÉ, 181, RUA DAS ORQUIDEAS, 181, JARDIM BELA VISTA, PRÓXIMO AO VAREJÃO DO JOÃO. CEP: 55820-000 - Bairro: CENTRO - ITAMBÉ/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MARCELO MANOEL COSTA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe MARIA ROSALINA DA CONCEIÇÃO Pat. ANTONIO MANOEL COSTA Data de Nascimento: 18/4/1978

FISCAL Telefones Celulares:
- 81982679191

Endereço Residência: MUNICIPIO DE ITAMBE, 174, RUA DAS ORQUIDEAS, 174, JARDIM BELA VISTA, PRÓXIMO AO VAREJÃO DO JOÃO - CEP: 55688-000 - Bairro: CENTRO - ITAMBE/PERNAMBUCO/BRAZIL

10/12/2019 14:25

File:///C:/Users/SDS/inform/Xml/BOEPreview.html

Boletim de Ocorrência

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) **ANTONIO MANOEL COSTA**, que estava em posse do(a) Sr(a) **ANTONIO MANOEL COSTA**. Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**. Cor: **PRETA**. Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PE13482** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **262678942** Cricial: **9C2JC4126AR132746**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018**

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA CITADA, NO ENDEREÇO ACIMA REFERIDO, QUANDO EM UMA CURVA DA RODOVIA, O PNEUS DA MOTOCICLETA DERRAPOU EM AREIA NA PISTA, DESTA FORMA, PERDENDO O CONTROLE E CAINDO AO SOLO. SEGUNDO A VÍTIMA, FOI SOCORRIDO PELA VIATURA DO SAMU PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAMBE, E EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA NA CIDADE DE JOÃO PESSOA. SEGUNDO A VÍTIMA, NÃO POSSUI CNH PARA CONDUÇÃO DE MOTOCICLETA.

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

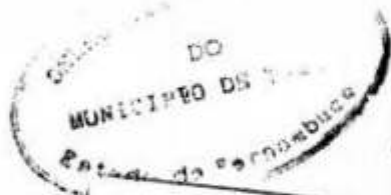
Antonio Manoel Costa

ANTONIO MANOEL COSTA
(VÍTIMA)

MARCELO MANOEL COSTA
(TESTEMUNHA)

Marcelo Manoel Costa

S.O. registrado por: **FABIO VIEIRA DE MELO** - Matrícula: **359479-4**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 236.042.634-68 4 - Nome completo da vítima: ANTONIO MANOEL COSTA

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

5 - Nome completo: ANTONIO MANOEL COSTA 6 - CPF: 236.042.634-68

7 - Profissão: APOSENTADO 8 - Endereço: RUA DAS ORQUÍDEAS 9 - Número: 103 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: JARDIM BELA VISTA 12 - Cidade: ITAMBÉ 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.920-000

15 - E-mail: irlgimnars.11u@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 21-9-9181-7640

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (conveniente para os bancos abaixo. Analise uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: 1657 08 CONTA: 11905 6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (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.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário (assinatura) _____ 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____ 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____ 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____ 38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha _____ 39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data, _____ 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (autorizante) _____

COMPROVANTE DE RECEBIMENTO
03 JAN 2020
PROTOCOLADO
RECIBE



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-900
CNPJ 10.836.932/0001-06 | Insc. Est. 0005843-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
LENIR MARIA DOS ANJOS

CPF: 975 578 504-25 NIS: 16381029278

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DAS ORQUÍDEAS 101

ITAMBE/ITAMBE
ITAMBE PE
55920-000

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

088783473	UNICA	17/12/2019
17/12/2019	2002600948	3826371

0487474010 12/2019

24/12/2019 14/01/2020

95,02

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,25266680	7,58
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,43314308	30,37
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	58,0000000	0,54971484	37,88
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,99
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,89
Contrib. Ilum. Pública Municipal			14,18
ICMS - Subvenção Baixa Renda			1,30

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	AUTORIZADOR	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE CONTAS	ALÍQUOTA	CONSUMO (kWh)
318084518	CAI	19-11-2019	17-12-2019	96,00	243,00	23	1,0000		147,00

PERÍODO	VALOR DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	%
DEZ 19 128	79,46	34,30	10,00	Transmissão	R\$ 27,20	28,74
NOV 19 123	79,46	34,30	10,00	Distribuição	R\$ 18,24	20,71
OUT 19 124	79,46	34,30	10,00	Perdas de Energia	R\$ 6,81	7,19
SET 19 86	79,46	34,30	10,00	Reserva de Energia	R\$ 1,84	1,95
AUG 19 82	79,46	34,30	10,00	Tributação	R\$ 21,20	22,44
Jul 19 116				Total	R\$ 75,48	100%
JUN 19 180						
MAY 19 207						
ABR 19 226						
MAR 19 236						
FEB 19 218						
JAN 19 186						
DEZ 19 208						

Para a Tarifa Social de Energia Elétrica, o consumidor deve ser titular de uma única unidade de consumo residencial, com renda mensal de até R\$ 220,00, e não ter sido beneficiário da Tarifa Social de Energia Elétrica nos últimos 12 meses. O consumidor deve ser titular de uma única unidade de consumo residencial, com renda mensal de até R\$ 220,00, e não ter sido beneficiário da Tarifa Social de Energia Elétrica nos últimos 12 meses. O consumidor deve ser titular de uma única unidade de consumo residencial, com renda mensal de até R\$ 220,00, e não ter sido beneficiário da Tarifa Social de Energia Elétrica nos últimos 12 meses.

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA
03 JAN 2020
PROTOCOLADO
AGÊNCIA RECIFE

PERÍODO	VALOR DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	%
DEZ 19 128	79,46	34,30	10,00	Transmissão	R\$ 27,20	28,74
NOV 19 123	79,46	34,30	10,00	Distribuição	R\$ 18,24	20,71
OUT 19 124	79,46	34,30	10,00	Perdas de Energia	R\$ 6,81	7,19
SET 19 86	79,46	34,30	10,00	Reserva de Energia	R\$ 1,84	1,95
AUG 19 82	79,46	34,30	10,00	Tributação	R\$ 21,20	22,44
Jul 19 116				Total	R\$ 75,48	100%
JUN 19 180						
MAY 19 207						
ABR 19 226						
MAR 19 236						
FEB 19 218						
JAN 19 186						
DEZ 19 208						

CONTA CONTRATO 0487474010 MÊS 12/2019 DATA DE VENCIMENTO 24/12/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 95,02