

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
046.855.434-33 José Cláudio Paulino de Vasconcelos			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Selesou - de	Centro	12 - Cidade:	13 - Estado:
11 - Bairro:	Boqueirão	14 - CEP:	55660-000
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): 83 996684844		

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR			
17 - Nome completo do Representante Legal:			
18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 9132	CONTA: 471.91	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	

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.

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 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nasceu(a) nascer(es): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avôs vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

40 - Local e Data, *Boqueirão - PE, 33-32-2019*
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) ** José Cláudio Paulino de Vasconcelos*

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

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: 27/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CLAUDIO PAULINO DE VASCONCELOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 000000047121-9

Nr. da Autenticação 53AB4FD6986EDF6E

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
COMERCIAL 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

JOSE CLAUDIO PAULINO DE VASCONCELOS
CPF: 046.655.414-99 NIS: 13231330458

DATA DE VENCIMENTO
02/12/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
42,16

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
25/11/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
25/11/2019

CONTA CONTRATO
002370326013

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOSE TAUMATURGO SOBRINHO SN
CENTRO/BEZERROS
55660-000 BEZERROS PE

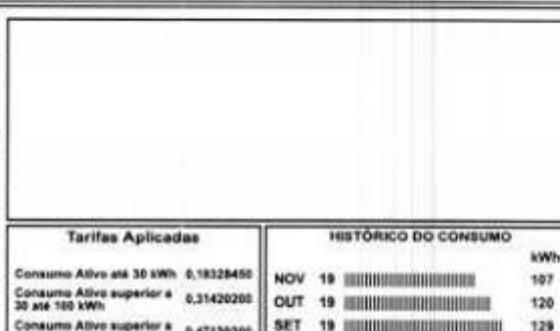
CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

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

RESERVADO AO FISCO
FC7F.5CB1.E5D7.204F.2F28.BCBE.5E6C.5D7C

DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19327691	5,79
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,33133185	23,19
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	7,00	0,49699778	3,47
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,18
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,00
Contrib. Ilum. Pública Municipal			6,29
Multa por atraso-NF 082441299 - 24/10/19			0,82
Juros por atraso-NF 082441299 - 24/10/19			0,27
Atualização IGPM-NF 082441299 - 24/10/19			0,15
TOTAL DA FATURA			42,16



Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,19328450	NOV	19
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31426200	OUT	19
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,47136300	SET	19
		AGO	19
		JUL	19
		JUN	19
		MAI	19
		ABR	19
		MAR	19
		FEV	19
		JAN	19
		DEZ	18
		NOV	18

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS		PIS		COFINS				
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00	0,00	34,63	0,92	0,31	34,63	4,25	1,47	

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES						
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM	META ANUAL	set/2019
DIC-No de horas sem Energia	BEZERROS	0,00	5,79	11,58	23,16	
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	1,30	6,60	13,20	
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	1,37	0,00	0,00	
DCRI-Duração de interrupção em dia crítico						Límite DCRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 16,02						
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DCRI a qualquer tempo.						

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 26/12/2019

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NUMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	
MA30863	CAT	24/10/2019 17.548,00	25/11/2019 17.655,00	32	1,000000	0,00	107,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES						
Pague no ponto mais perto de você! ag correios biritanga: rua martins junior centro / dioni atelle: av prf amaral 80 sao sebastiao lista completa em www.celpe.com.br .						
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br .						
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.						
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL). Juros 1% a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês						
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.						
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 31,37.						
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.						

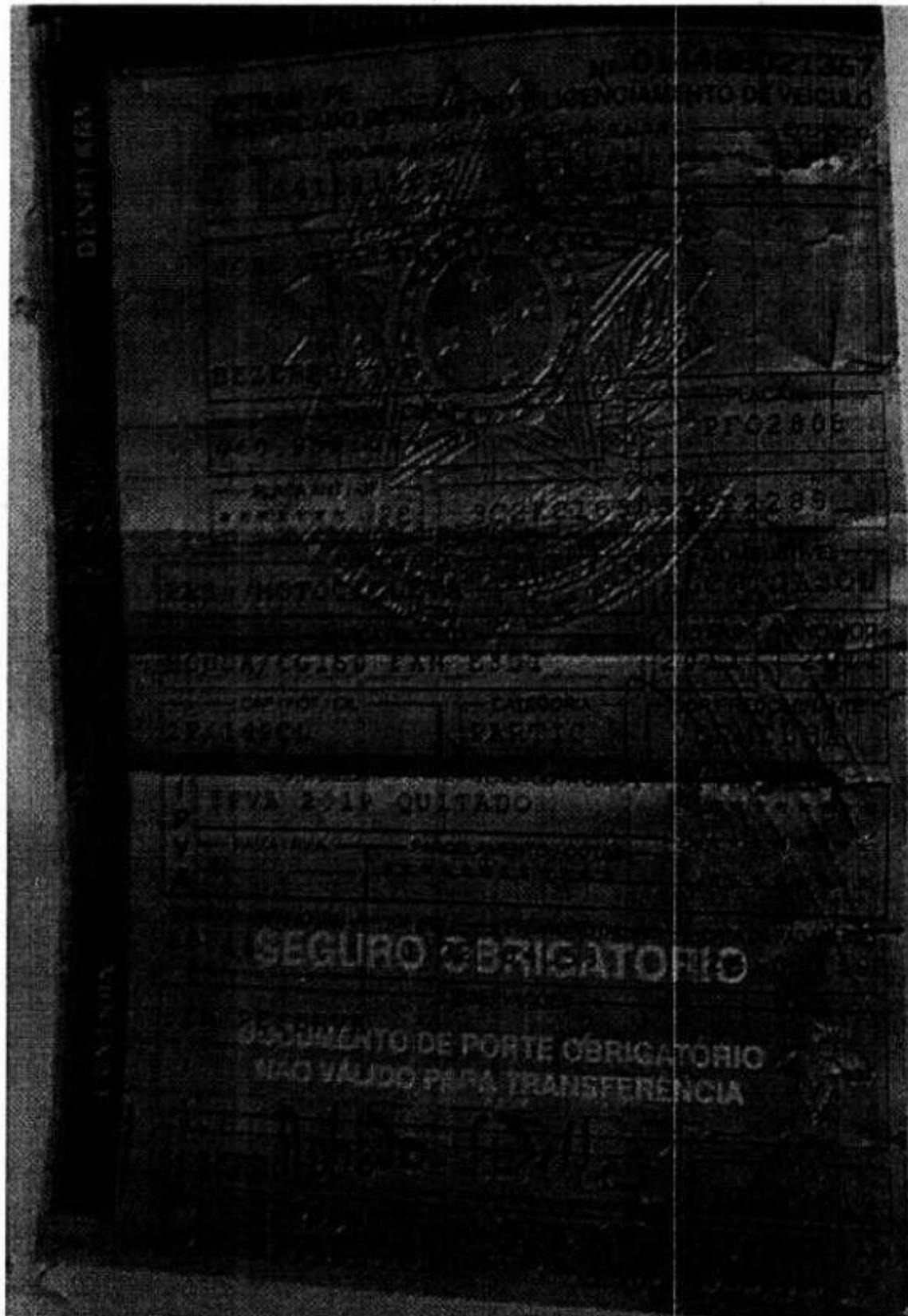
NÍVEIS DE TENSÃO			
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		
	MINÍMO	MÁXIMO	
220	202	231	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002370326013	11/2019	42,16	02/12/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190706189 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CLAUDIO PAULINO DE **Data do acidente:** 09/08/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS
VASCONCELOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P2

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190706189 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CLAUDIO PAULINO DE **Data do acidente:** 09/08/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS
VASCONCELOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P2

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0457001/19

Vítima: JOSE CLAUDIO PAULINO DE VASCONCELOS

CPF: 046.855.414-99

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/08/2019

Titular do CPF: JOSE CLAUDIO PAULINO DE VASCONCELOS

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE CLAUDIO PAULINO DE VASCONCELOS : 046.855.414-99

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: 17/12/2019
Nome: JOSE CLAUDIO PAULINO DE VASCONCELOS
CPF: 046.855.414-99

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JOSE CLAUDIO PAULINO DE VASCONCELOS

JONATAN BARBOSA DE BARROS

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

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190706189

Vítima: JOSE CLAUDIO PAULINO DE VASCONCELOS

Data do Acidente: 09/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CLAUDIO PAULINO DE VASCONCELOS

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
046.855.434-33 José Cláudio Paulino de Vasconcelos			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:	6 - CPF:		7 - Profissão:
7 - Profissão:		8 - Endereço:	9 - Número:
9 - Número:		10 - Complemento:	11 - Bairro:
11 - Bairro:		12 - Cidade:	13 - Estado:
13 - Estado:		14 - CEP:	15 - E-mail:
15 - E-mail:		16 - Tel. (DDD):	17 - Tel. (DDD):
Centro Boa Vista PE 55660-000 81 996684844			

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: 9132	CONTA: 471.91	AGÊNCIA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
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.		

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 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

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascente(a) nascer: Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos: Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avôs vivos: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	

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.

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

40 - Local e Data, *Boa Vista - PE, 33-32-2019*
** José Cláudio Paulino de Vasconcelos*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091^ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91^ªCIRC
 DINTER1/14^ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0181001652**

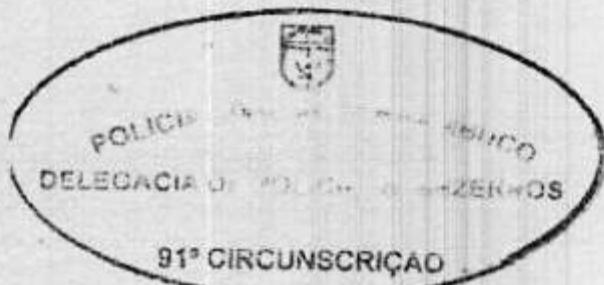
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/09/2019** às **11:09**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 9/8/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARUARU, 01, ENTRE OS BAIRROS CEDRO E CIDADE JARDIM EM CARUARU EM FRENTE A ESCOLA DE TEMPO INTEGRAL** - Bairro: **CIDADE JARDIM - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA.**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

A VITIMA (AUTOR / AGENTE)
 JOAO TRAJANO DE LIMA NETO (OUTRO)
 JOSE CLAUDIO PAULINO DE VASCONCELOS (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE CLAUDIO PAULINO DE VASCONCELOS

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

JOSE CLAUDIO PAULINO DE VASCONCELOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LINDAURA MARIA DE VASCONCELOS** Pai: **SEBASTIÃO AMARO PAULINO** Data de Nascimento: **28/2/1982** Naturalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6802659/SDS/PE (RG), 04685541499 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º, GRAU INCOMPLETO** Profissão: **GARCOM** Telefones Celulares: **- 81993909848**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BEZERROS,80, RUA PAULO ZACARIAS DE LIMA, 80 - RETIRO - BEZERROS - PE - CEP: 0 - Bairro: RETIRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOAO TRAJANO DE LIMA NETO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA APARECIDA DOS SANTOS LIMA** Data de Nascimento: **19/9/1985** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

A VITIMA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOAO TRAJANO DE LIMA NETO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE CLAUDIO PAULINO DE VASCONCELOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

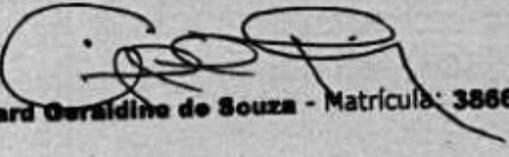
Placa: **PFO2808** (PERNAMBUCO/BEZERROS) Chassi: **9C2KC16805R522285**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A VITIMA INFORMANDO QUE DIRIGIA-SE AO TRABALHO NA CIDADE DE CARUARU NA MOTOCICLETA HONDA CG150 VERMELHA DE PLACA PFO2808 DE PROPRIEDADE DE JOAO TRAJANO DE LIMA QUE ESTAVA EMPRESTADA COM A VITIMA. AFIRMA QUE NO SINAL EM FRENTE A ESCOLA DE TEMPO INTEGRAL NO BAIRRO DO CEDRO EM CARUARU FREIU E A MOTO VEIO A DERRAPAR CAINDO POR CIMA DE SUA Perna DIREITA E CAUSANDO TRAUMA. FOI SOCORRIDO POR UM TAXISTA ATE A UPA 24H CONFORME FICHAS DE ATENDIMENTO N 01266625 DATADA DE 09/08/2019 E DA UPA TRANSFERIDO PARA O HRA NO MESMO DIA COM NUMERO DE PRONTUARIO 343160 E ATENDIMENTO 532451 TODAS APRESENTADAS NESTA DELEGACIA PARA REGISTRO DO BOLETIM.

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

JOSE CLAUDIO PAULINO DE VASCONCELOS
(VITIMA)


B.O. registrado por: **Gilliard Geraldino de Souza** - Matrícula: **3866386**

