

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Ministério da Saúde

Assistência Social - Atenção Básica

Posto de Saúde

Assistência Social - Atenção Básica

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR: ANDRESS DE SOUZA BEZERRA

DATA DE NASCIMENTO: 03/10/1979

MINISTÉRIO / UF: OLINDA/PE

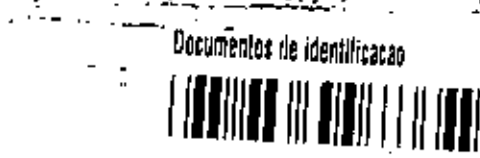
DATA DE EMISSÃO: 29/07/2015

VALOR: 100

SELO: 0222

03672960

Assinatura: [Assinatura]



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES RUIRO

Polícia Civil

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO: 5279.954

DATA DE EMISSÃO: 21/05/2014

NOME: ANDRESS DE SOUZA BEZERRA

RENDA: << JOÃO GOMES BEZERRA >>

NATURALIDADE: << NEIDE MARIA DE SOUZA >>

RECIFE - PE

DOC. OUTRA: << CNZ8861 LA25 F26V CART OLINDA PE >>

DATA DE NASCIMENTO: 03/10/1979

CNPJ: 098.298.464-51



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

098.298.454-51

Nome

ANDRESS DE SOUZA BEZERRA

Nascimento

03/10/1979

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
C33D.6417.A625.C605

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 08:34:00 do dia 27/08/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



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:

NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

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

Nome completo:

CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA

CPF:

0735 9420 0825

Profissão:

Endereço:

RUA MAURINA SENA

Número:

46

Complemento:

QD-C

Bairro:

AGUAZINHA

Cidade:

OLINDA

Estado:

PE

CEP:

53.000-00

E-mail:

BIOLOGA.ACCO@HOTMAIL.COM

Tel.(DDD):

81-988656824

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR☐ ATÉ R\$1.000,00☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUQUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0917 013

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 00075059 7

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☒ Viúvo

Data do óbito da vítima: 14/09/2016

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

FILHO

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos: 03

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☒ Não

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.

Local e Data,

Nome: CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA

CPF: 0735 9420 0825

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: LILIAN LIRA BEZERRA

CPF: 11225686475

Lilian Lira Bezerra

Assinatura

2ª Nome: MARIA DA PAZ GOMES DE MELO

CPF: 49281240491

Mª DA PAZ Gomes de Melo

Assinatura

(*) 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 14/09/2016, faleceu em 14/09/2016 no estado civil de VIÚVA (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
¹ CARLOS ADRIANO DE S. BEZERRA	FILHO	6.506.266	0735.9420-0825
2.			
3.			
4.			
5.			

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(mos), ainda que a vítima (X) não deixou companheira(o) ou () deixou companheira(o) de nome _____.

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)(s) declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros/beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

OLINDA 28/03/2019

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

A RGO, Ass. Olinda C. do Nascimento

ASSINATURA DO REPRESENTANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(ES) MENOR(ES) DE IDADE (*)

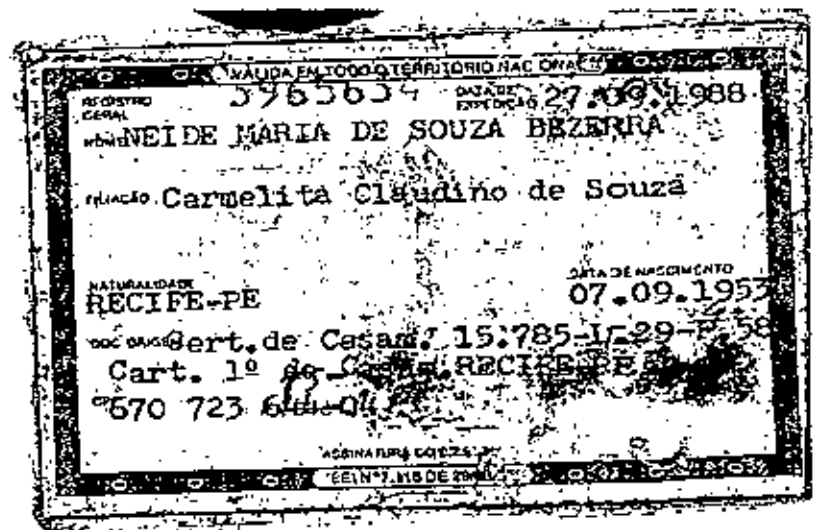
NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1.			
2.			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
¹ LILIAN LIRA BEZERRA	8.204.624	112.296.86479	<u>Lilian Lira Bezerra</u>
² MARIA DA PAZ G. DE MELO	3.074.676	492.832.40491	<u>MARIA DA PAZ Gomes de Melo</u>

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Na hipótese do herdeiro legal ter **ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS**, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- Caso o herdeiro legal possua **entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS)**, o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).



Documentos de Identificação

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 670.723.644-04

Nome NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

Nascimento 07/09/1953

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO




CÓDIGO DE CONTROLE
CACB.AB22.F8C6.0593

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 13:32:04 do dia 28/03/2011 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha a(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:

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

Nome completo:

ANDRESS DE SOUZA BEZERRA

CPF: 09829845451

Profissão:

AUTÔNOMO

Endereço:

RUA MAURINA SENA

Número:

16

Complemento:

Bairro:

AGVAZINHA

Cidade:

OLINDA

Estado:

PE

CEP:

E-mail:

Tel.(DDD): 988468361

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR☐ ATÉ R\$1.000,00☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (104)☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

15997

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

00475289

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☒ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

FILHO

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: 03

Falecidos:

Vítima deixou

masculino (vii nascer)?

☐ Sim ☒ Não

Vítima deixou

pai/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.

Local e Data, OLINDA 28/03/2019

Nome: ANDRESS DE SOUZA BEZERRA

CPF: 09829845451

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Andress de Souza Bezerra

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: ADRIANA JUNENAL DA SILVA

CPF: 02806056411

Adriana Junenal da Silva

Assinatura

2º Nome: EDILENE MZ DA SILVA BARBOSA

CPF: 522.421.964-72

Edilene MZ da Silva Barbosa

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 14/09/2016 faleceu em 14/09/2016 no estado civil de VIVA (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE(*)	RG	CPF
1. ANHRESS DE SOUZA BEZERRA		5479954	098.298.454-51
2. CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRA		4856147	896.093.604-91
3. CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA		6506266	075.640.024-08
4.			
5.			

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(amos), ainda, que a vítima () não deixou companheira(o) ou () deixou companheira(o) de nome _____

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)(s) declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros/beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

OLINDA, 21 JUNHO 2018

LOCAL E DATA

OLINDA, 21 JUNHO 2018

LOCAL E DATA

OLINDA 21 JUNHO 2018

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

Amélia de Souza Bezerra
ASSINATURA DO DECLARANTE

Porta mil do So Bezerra
ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

1 DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(IS) MENOR(ES) DE IDADE(*)

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL OU ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1.			
2.			

DADOS DE TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. MARIA JOSÉ JUVENAL DA SILVA	4476224/505	74298380491	Maria José Juvenal da Silva
2. ADRIANA JUVENAL DA SILVA	5311977/505	028060564-11	Adriana Juvenal da Silva

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- Na hipótese do herdeiro legal ter **ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS**, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- Caso o herdeiro legal possua **entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS)**, o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CARLOS ADRIANO DE SOUZE BEZERRA

RG nº 6.506.266, data de expedição 17/03/12, Órgão SDS/PE

CPF nº 07359420 0825 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Comprovante de residência



Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA MAURINA SENA</u>
Número	<u>16</u>
Apto / Complemento	<u>QUADRA C</u>
Bairro	<u>AGUAZINHA</u>
Cidade	<u>OLINDA</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>53.000-00</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 988656824</u>
E-mail	<u>BIOLOGA.ACC@HOTMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: OLINDA 28/03/2019

Assinatura do Declarante:



A R O G O, Ana Claudia Claudina do Nascimento



CNPJ 09.768.035/0001-04
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014396-2

ATENDIMENTO: AVENIDA PRES KENNEDY - IMAL - 01001 - PEIXINHO
01.001.001.0014396-2

DADOS DO CLIENTE
CAROLINA CLAIRINA DE SOUZA MATRÍCULA: 188440973 07/2018
R MAURINA SENA, N. 00016 - QD-C - AGUAZINHA OLINDA PE 53000-00
INSCRIÇÃO: 734.205.243.0008.000 GRUPO: 12 DEB. AUTOMÁTICO: 068446929

SITUAÇÃO AGUA LITROS	SITUAÇÃO RESERVA LITROS	RESERVA EM LITROS	SITUAÇÃO
11/10/2018	07/12/2018	07/01/2019	REAL

ÁGUA:
LITROS: 273 CONSUMO: 3
LITROS: 273
LITROS: 273

HISTÓRICO DE CONSUMO REFRIGERANTE CONSUMO

PARAMETROS	EXIG. PORT.	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN. A LEGIS.
11/2018 03	78	78	78
18/2018 04	78	78	75
09/2018 03	78	78	75
08/2018 04	78	78	75
07/2018 04	78	78	77
06/2018 04	78	78	77
MÉDIA: 04	78	78	77

PARAMETROS	EXIG. PORT.	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN. A LEGIS.
TURBIDÍZ	78	78	78
COR APARELHO	78	78	75
CLORO RESIDUAL	78	78	75
COLIF. TOTAIS	78	78	77
CL. TOTAIS	78	78	77

Quantidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESERVA TOTAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	3 M3	41,30

ÁGUA	41,30	1,65	0,68
RESERVA	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 20/01/2019 TOTAL A PAGAR: 41,30

48 USUÁRIOS

Pagamento realizado com sucesso
19/01/2019 10:00:00

Forma de Pagamento: COMPESA
Valor do Pagamento: R\$ 41,30
Vencimento: 12/01/2019
Data de Pagamento: 19/01/2019

CODIGO DE BARRAS
8283000000 1 4130076720-8
068446929013 18201830000-7

CODIGO DA TRANSAÇÃO
1206772 0002 00000000 000000000000

IMPL
3721-037

**compesa**

CNPJ 08.769.035/0001-64

INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA PRES KENNEDY - NUM. - 01001 - PEIXINHOS
OLIMPIA - 53010-128**DADOS DO CLIENTE**

CARNEIRO CLAUDIA DE SOUZA

MATRÍCULA:

15888920 10/12/2018

R MAURINA SENA, N. 00016 - QD-C - AGUAZINHA OLIMPIA PE 53000-00

INSCRIÇÃO: 734.285.243.0008.000 GRUPO: 12 DEB. AUTOMÁTICO: 068446929

SITUAÇÃO AGUA LIGADA	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL/INDUSTRIAL	PÚBLICA
RESIDENCIAL	RESIDENCIAL	RESIDENCIAL	RESIDENCIAL	RESIDENCIAL
HIDRÔMETRO A1200/2343	DATA LEIT. ANTERIOR 07/12/2018	DATA LEIT. ATUAL 07/01/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL	

ÁGUA

LEIT. ANT: 276 CONSUMO: 3

LEIT. ANT: 273

LEIT. AT: 279

**HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO**

11/2018 03
10/2018 04
09/2018 03
08/2018 04
07/2018 04
06/2018 04
MÉDIA: 04

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN. A LEGIS
TURBIDÍDEZ	78	78	78
COR APARENTE	78	78	75
CLORO RESIDUAL	78	76*	78
COLIF. TOTAIS	78	78	77
CLORO	78	78	77

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 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 TURBIDÍDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA
RESIDENCIAL 3 (UNIDADE(S))
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

3 M3 41,30

IMPOSTOS	BASE EM CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
ISS	41,30	1,00	0,41
ICMS	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 20/01/2019

TOTAL A PAGAR: 41,30

OBSERVAÇÃO:

Pagamento realizado com sucesso!
11/01/2019 10:02:08

Fornecedor: COMPESA
Valor do documento: R\$ 41,30
Valor do pagamento: R\$ 41,30
Vencimento: 12/01/2019
Módulo de pagamento: Cartão Pagamento

CÓDIGO DE BARRAS
82878000000 7 4130018724-8
6844692901-7 1220182002-7
CÓDIGO DA TRANSAÇÃO
F2L87172-00027 484C-AA16-0C800718ENB1

NSU
37214857



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANDESS DE SOUZA BEZERRARG nº 5.479.954, data de expedição 21/05/2014 Órgão SDS

CPF nº 098.298.454-51, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA DO MARCO
Número	52
Apto / Complemento	
Bairro	AGUAZINHA
Cidade	OLINDA
Estado	PERNAMBUCO
CEP	53.270-250
Telefone de Contato	988656824
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: OLINDA 28/05/2018Assinatura do Declarante: Andress de Souza Bezerra



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRARG nº 4856147, data de expedição 21/09/2009 Órgão SDS

CPF nº 896.093.604.91, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA MAURINA SENAI
Número	16
Apto / Complemento	
Bairro	AGUAZINHA
Cidade	OLINDA
Estado	PERNAMBUCO
CEP	53.000-000
Telefone de Contato	988468361
E-mail	BIOLOGA.ALCC@HOTMAIL.COM

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: OLINDA, 21 JUNHO 2018Assinatura do Declarante: Carlos André de Souza Bezerra



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014388-2
MUR - 01001 - PETRIMOS

ATENDIMENTO: AVENIDA PRES KENNEDY - MUR - 01001 - PETRIMOS
OLINDA PE 53010-120

DADOS DO CLIENTE
CARMELITA CLAUDINA DE SOUZA MATRICULA: 58446929 - Ativ/2018
R MAURINA SENA, N. 00016 - QD-C - AGUAZINHA OLINDA PE 53000-00
INSCRIÇÃO: 734.205.243.0003.000 GRUPO: 11 DER AUTOMATICO: 066446929

TIPO DE AGUA	TIPO DE CONTADOR	RESERVAÇÃO	TIPO DE CONSUMO (LITROS)
12007343	06705/2018	07705/2018	REAL

LEIT ANT: 243 CONSUMO: 4
LEIT ATU: 247
LEIT FAT: 247

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERENCIA CONSUMO

PARAMETROS	EXIG. PORT. MS 2.016/13	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIM. A LEGIS.
TURBIDEZ	76	76	73
COR APARENTE	76	76	73
CLORO RESIDUAL	76	76	68
COLIF. TOTAIS	76	76	66
COLIF.	76	76	76

Qualidade de Água: www.compesa.com.br
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA	CONSUMO	TOTAL (R\$)
RESIDENCIAL 3 UNIDADE(S)	4, MS	40,18
CONSUMO DE ÁGUA		

TRIBUTOS	DAS DE CANCELAMENTO	PARCELA DE PAGAMENTO	VALOR DE PAGAMENTO
MS	40,18	1,65	0,06
CONSUMO	40,18	7,60	3,05

VENCIMENTO: 20/05/2018

TOTAL A PAGAR: 40,18

MENSAGEM:

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado.

130-677570400-4

10/05/2018

HORA DE 09:00:00

LOT. 15.03023-1

LOCALIZAÇÃO: OLINDA

AG. VINCULADA: 4738

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
COMPESA CIA SAN PERMANECU

VALOR DO PAGAMENTO: 40,18

828000000001 401600187346
868440929017 042018700033

130-677570400-4

1ª VIA



Certidão de óbito



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
Registro Civil da Graça 6º Distrito Judiciário da Capital
Certidão de Óbito

NOME:

NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

MATRÍCULA:

074997 01 55 2016 4 00227 147 0112127 58

SEXO Feminino	COR Preta	ESTADO CIVIL E IDADE Viúva, 63 anos
NATURALIDADE Recife, Pernambuco	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CPF/MF Nº 670.723.644-04, RG 3965634 SSP/PE	ELEITOR Sim

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA
Filha de Carmelita Claudino de Souza. Residência da falecida: na Rua do Marco nº 52, Aguzinha, Olinda, Pernambuco

DATA E HORA DE FALECIMENTO
Quatorze de setembro de dois mil e dezesseis, às

DIA 14	MES 09	ANO 2016
-----------	-----------	-------------

LOCAL DE FALECIMENTO
Hospital da Restauração Recife - PE

CAUSA DA MORTE
Choque decorrente de trauma abdominal produzido por instrumento, contundente.

SEPULTAMENTO / CREMATION Cemitério de Águas Compridas, Olinda-PE	DECLARANTE José Ronaldo Galvão Silva, nacionalidade brasileira, RG Nº 1.933.105 SSP-PE, CPF/MF Nº 353.796.114-87, profissão Motorista, estado civil: divorciado, residente rua Galvota, 110, Dois Unidos, Recife-PE, preposto da falecida
---	---

NOME E Nº DE DOCUMENTO DO(S) MEDICO(S) QUE ATTESTOU(ARAM) O ÓBITO
Luciana Q. de O. Borges, CRM 11106

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES
Ato registrado no livro C-227, às folhas 147 sob o nº 112127. Data do registro: 15 de setembro de 2016. Data do óbito: 14 de setembro de 2016. Profissão da falecida: Empregada Doméstica. Data de nascimento da falecida: 7 de setembro de 1953. Era eleitora. Viúva. A falecida era casada com João Gomes Bezerra, não deixou bens e deixou três filhos: Andress de Souza Bezerra, Carlos André de Souza Bezerra e Carlos Adriano de Souza Bezerra. Não constam averbações à margem do livro.

Nome do Ofício
Registro Civil da Graça 6º Distrito Judiciário da Capital
Oficial Registrador
Cleide Amélia Gouvêa Vanderlei
Bel. Marcus Antonio de Azevedo Beltrão Junior-1º
substituto
Bel.ª Rafaela Raquel Gouvêa Vanderlei-2ª substituta

Município/UF
Recife-PE

Endereço
Av. João de Barros, 1664 Lojas 01/02, Espinheiro

Selo: 0074997.BP205201602.07118

Consulta autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Recife, 15 de setembro de 2016.

4º RCPN - Boa Vista - Recife - Pernambuco
Rua da Conceição, 200 - Lj. 3 - Boa Vista - CEP: 50060-130 - Fone: (81) 3722-0185

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente certidão de óbito, conforme a original a mim apresentada, do que dou fé.
Recife, 3 de novembro de 2017. Eu test. da
verdade.

NATIA DE LOURENÇO BASTOS FILHA (Delegataria)

Exat.: R\$ 3,32
Valido somente com o selo 0074997.BP205201602.07118

Consulta autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL DA RESTAURACAO - DP4º CIRC
DIM/2º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 16E0334001277

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/09/2016 às 13:31

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 14/9/2016 às 06:30

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, 1.
PERIMETRAL - Bairro: PEQUINHOS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL
LOCAL DO FATO: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

A INVESTIGAR (AUTOR AGENTE)
ANDRESS DE SOUZA BEZERRA (QUOTIENTE)
NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvida(s) na ocorrência:

VEICULO: Usado na ocorrência da ocorrência, que estava em posse do(s) 2º(s):
A INVESTIGAR

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

ANDRESS DE SOUZA BEZERRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
NEIDE MARIA DE SOUZA PEREIRA JOÃO GOMES BEZERRA (não presente ao plantão) - Data de Nascimento: 29/04/1978
Nacionalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residência: RUA DO MARCO, 52, AGUAZINHA - CEP: 55000-000 - Bairro: SAPUCAIA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL, ANTIGO CLUBE PERIQUITÃO

A INVESTIGAR (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA (não presente ao plantão) - NÚM: 665147 Sexo: Feminino
CARMELITA CLAUDIRA DE SOUZA Dida de Nascimento: 7/5/1968 Nacionalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Sexo: Fêmea VIÚVA Estado Civil: 1º GRAU INCOMPLETO Profissão: AUTONOMA
Exame pericial: (solicitado por esta autoridade competente), SEM PARA EXAME CADAVERICO
Endereço Residência: RUA DO MARCO, 52, AGUAZINHA - CEP: 55000-000 - Bairro: SAPUCAIA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL, ANTIGO CLUBE PERIQUITÃO

4º RCPN - Boa Vista - Recife - Pernambuco
Rua do Comércio, 200 - 1º andar - CEP: 50050-130 - Fone: (81) 3222-0796

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reproduzida conforme original e me apresentada, do que dou fé.
Recife, 3 de novembro de 2017, às 14h30m da tarde.

NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA (Delegatária)

End.: R\$ 3,32 Total: R\$ 0,66 Total: R\$ 3,98

Válida somente com o selo 0075101.09010201701.04163

Consulte o valor em: www.pca.pernambuco.gov.br



14/09/2016 13:31

14/09/2016 13:31 14/09/2016 13:31

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **A INVESTIGAR**, que estava em posse do(a) Sr(a): **A INVESTIGAR**

Categoria/Ano/Modelo: **MOTOCICLETA/MONZA/O 168** Origem apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIN6063** (PERMANECENDO INFORMADO) Registro: **653644896** Chassi: **BC2KC1674DR621072**

Ano Fabricação/Modelo: **2012/NÃO INFORMADO**

Descrição: **FAN 551**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE É FILHO DA VITIMA E INFORMA QUE A MESMA VINHA TRANSITANDO NA PERIMETRAL COM A PRESIDENTE KENNEDY, OLINDA/PE, APROXIMADAMENTE AS 04H:30 MIN DO DIA DE HOJE, QUANDO FOI ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA, CUJO CONDUTOR É DESCONHECIDO E A PLACA AMOTADA POR POPULARES É KIN6063; QUE A MESMA FOI SOCORRIDA POR BOMBEIROS MILITARES, SARGENTO CARLOS, MATRICULA 940137-7, PARA ESTE MOSOCOHIO ONDE VEIO A ÓBITO AS 07H:10MIN DO MESMO DIA, CONFORME GUIA DE REMOÇÃO DE CADAVER, PRONTUARIO 1588773, ASSINADA PELO DR. SÉRGIO DE OLIVEIRA CRM 6744 QUE INFORMA: "INFORMAÇÃO DOS BOMBEIROS DE ATROPELAMENTO, A VITIMA DEU ENTRADA COM NOME IGNORADO E RETIFICADO NA GUIA DE REMOÇÃO DE CADAVER PELO DR. JOÃO PAULINO ALBUQUERQUE JUNIOR, CRM 4131. DE ACORDO COM A CERTIDÃO DE CASAMENTO MATRICULA: 076682 01 DE 1983 2 00028 058 4815786 66, DO 1º DISTRITO JUDICIÁRIO, CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS DO RECIFE/PE, DATADO DE 11/04/1983, O NOME DA VITIMA PASSOU A SER MEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA, NIC 668247.

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

ANDRESS DE SOUZA BEZERRA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **DJAIRA BARBOSA DE MELO** - Matrícula: **1488175**

14/06/2017 08:51:02 - 2017-06-14 08:51:02

4º RCPN - Boa Vista - Recife - Pernambuco
Rua da Condição, 200 - loja 3 - Boa Vista - CEP: 50060-130 - Fone: (81) 3221-0100

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica conforme o original a mim apresentada, do que dou fé.
Recife, 3 de novembro de 2017. Em test. _____ da verdade.

MARIA DE LOURDES G. B. M. FILHA (Delegatária)

Ecol.: R\$ 3,32 (Iscr.: R\$ 0,44) Total: R\$ 3,98

Válido somente com o selo 0075101-00610201701-04164

Consulte autenticidade em: www.gpe.pe.br/protocolos





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 ASI: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: **NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA**

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

Nome completo: **CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA** CPF: **0735 9420 0825**

Profissão: _____ Endereço: **RUA MAURINA SENA** Número: **46** Complemento: **20-C**

Bairro: **AGUAZINHA** Cidade: **OLINDA** Estado: **PE** CEP: **53.000-00**

E-mail: **BIOLOGA.ACCO@hotmail.com** Tel.(DDD): **81-988656224**

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

RENDAS MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0937 013** CONTA: **00075059 7**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

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 do 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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☒ Viúvo Data do óbito da vítima: **14/09/2016**

Grau de Parentesco com a vítima: **FILHO** 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: **03** 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: _____
 Nome: **CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA**
 CPF: **0735 9420 0825**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 (*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: **LILIAN LIRA BEZERRA**
 CPF: **112.256.864-79**
Lilian Lira Bezerra
 Assinatura

2ª Nome: **MARIA DA PAZ GOMES DE MELLO**
 CPF: **492.812.404-91**
Mª DA PAZ GOMES DE MELLO
 Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU AGO, 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.**

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 6.506.266 EXPEDIDO POR 505 EM 17/09/2012 E

CPF 075640024-08 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0917 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013.000 35059-4

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

OLINDA de JUNHO de 2018

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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

Nº DO SINISTRO _____

TEMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA _____

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

EU, CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 6.506.266 EXPEDIDO POR SOS EM 17/09 de 2012 E

CPF 075640024-08 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (R\$) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0913 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013.000.75059-7

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

OLINDA de JUNHO de 2012

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221704.

CAIXA
CENTRO ECONOMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG Conde da Boa Vista
DATA: 02/01/2010 HORA: 17:34:37
TERMINAL: 10381032 CONTROLE: 103010320558

AGÊNCIA: 0917 - MARCOS FREIRE
CONTA: 013.00075059-7
CLIENTE: CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LIMITE.

DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
01/01	0,00

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
01/01	2,53

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR			2,52C
----------------	--	--	-------

Janeiro

01/01	000000	REM BASICA	0,00C
01/01	000000	CRED JUROS	0,01C

RESUMO EM 29/12

SALDO	2,53C
-------	-------

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO DISPONIVEL	2,53C
SALDO TOTAL	2,53C

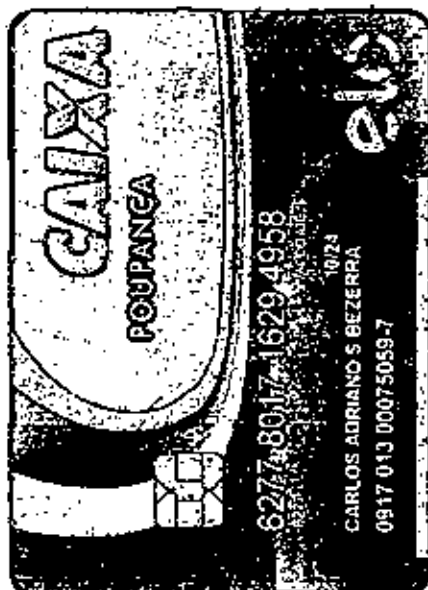
Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE





AUTO-ATENDIMENTO - AG Comle da Boa Vista
DATA: 02/01/2018 HORA: 17:34:37
TERMINAL: 10301032 CONTROLE: 103010320558

AGÊNCIA: 0917 - MARCOS FREIRE
CONTA: 013.00075059-7
CLIENTE: CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
01/01	0,00

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
01/01	2,53

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.000	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR			2,520
----------------	--	--	-------

Janeiro

01/01	000000	REM BASICA	0,000
01/01	000000	CRED JUROS	0,010

RESUMO EM 29/12

SALDO	2,530
-------	-------

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO DISPONIVEL	2,530
SALDO TOTAL	2,530

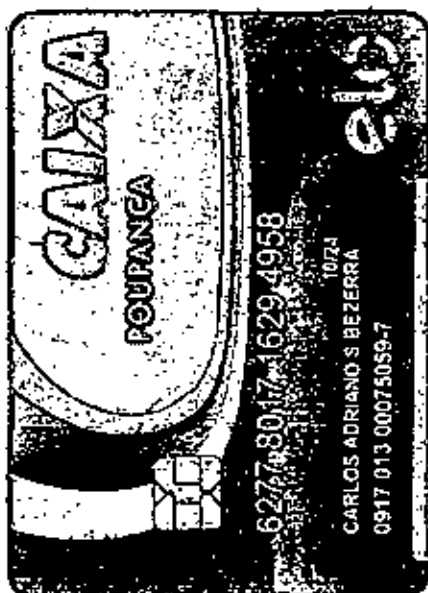
Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco. **Jádo da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros.**

EU, CARLOS ANDRÉ DE SOUZA BEZERRA

PORTADORA(A) DO RG Nº 4.856.347

EXPEDIDO POR 505

EM 24 / 09 / 2008

CPF (8)96093604-91 / CNPJ 00000000-0000-00

E RENDA MENSAL DE R\$ ()

NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0913 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 043.00053953-5

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

OLINDA 21 de JUNHO de 2008

LOCAL E DATA

Carlos André de Souza Bezerra

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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



----- DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO -----
0030210 TODO DIA PEIXINHOS 26/09/2017
CAIXA
16:20:56 (Horário de Brasília)
*****8236

Saldo N. 93020001-3212

AGENCIA : 0917 - MARCOS FREIRE. PE
CONTA : 013 00053953 S
CLIENTE : CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZ

SALDO ATE A DATA DE:	26/09/2017
DISPONIVEL.....	14.999,67
BLOQUEADO.....	0,00
TOTAL.....	19.999,67

Informações importantes

www.banco24horas.com.br
Impressão em papel termoss. com
vida útil de 5 anos. Evite o uso com
plásticos, produtos químicos, resina
ou calor, umidade, luz de sol e produtos



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&MS (DÊSPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

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

Nome completo: **ANDRESS DE SOUZA BEZERRA** CPF: **09829845451**
Profissão: **AUTÔNOMO** Endereço: **RUA MAURINA SENA** Número: **16** Complemento:
Bairro: **AGUAZINHA** Cidade: **OLINDA** Estado: **PE** CEP:
E-mail: Tel.(DDD): **388468361**

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

RENDA MENSAL:

☐ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRADESCO**

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

AGÊNCIA: **1599** **7** CONTA: **0047528** **9**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, 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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☒ Viúva Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: **FILHO** 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: **03** Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não 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.

Local e Data: **OLINDA 28/03/2019**
Nome: **ANDRESS DE SOUZA BEZERRA**
CPF: **09829845451**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Andress de Souza Bezerra
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: **ADRIANA JUNENAL DA SILVA**
CPF: **02806056411**
Adriana Junenal da Silva
Assinatura

2ª | Nome: **EDILENE Mª DA SILVA BARBOSA**
CPF: **522.421.964-72**
Edilene Barbosa
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (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.

Andress



Correspondente do Jornal Brasileiro

»Propuesta de Pre-electura de Ecnba«

Ag. Polac.: 01599 - OLIMON-CTH
9972 : 081 - Expresso Olimon
OLIMON

Agência : RISSA OLIVEIRA
 Cartão : 00000007528-9
 Nome : ANDRESS DE SOUZA REZENDE
 Data : 30/05/2017

Modelidade (D)

Tipo Pessoa: Física
Tipo Conta: Conta Corrente

Relação ao Programa de Investimentos 11

NSU BT-60" 02572016385
HORA : 10.39:45

Sujeito e Confirmação do Banco

CLUB DGTAL BRASILEIRO
0000 727 9900

Rio de Janeiro, 21 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190272102

Vítima: NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

Data do Acidente: 14/09/2016

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190272102

Vítima: NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

Data do Acidente: 14/09/2016

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 21 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190272102

Vítima: NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

Data do Acidente: 14/09/2016

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANDRESS DE SOUZA BEZERRA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190272102

Vítima: NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

Data do Acidente: 14/09/2016

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANDRESS DE SOUZA BEZERRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovante de residência ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190272102

Vítima: NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

Data do Acidente: 14/09/2016

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDRESS DE SOUZA BEZERRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para a cobertura de Morte, o valor da indenização é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e será pago aos legítimos beneficiários da vítima definidos em lei.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190272102

Vítima: NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

Data do Acidente: 14/09/2016

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190272102

Vítima: NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

Data do Acidente: 14/09/2016

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para a cobertura de Morte, o valor da indenização é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e será pago aos legítimos beneficiários da vítima definidos em lei.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190272102

Vítima: NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

Data do Acidente: 14/09/2016

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de únicos herdeiros não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190272102

Vítima: NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

Data do Acidente: 14/09/2016

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para a cobertura de Morte, o valor da indenização é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e será pago aos legítimos beneficiários da vítima definidos em lei.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236557/18
Vítima: NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA
CPF: 670.723.644-04

Data do Acidente: 14/09/2016
CPF de: Próprio Titular do CPF: NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Comprovação de ato declaratório
Documentos de identificação
Laudo do IML - Necropsia
Outros

Outros



ANDRESS DE SOUZA BEZERRA : 098.298.454-51

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA : 075.610.024-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRA : 896.093.604-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO:

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

- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/06/2018
Nome: CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRA
CPF/CNPJ: 896.093.604-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/07/2018
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRA

JULIANA MARQUES RODRIGUES

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

DATA DO ACIDENTE 14/09/2016 POSSUI CPF () SIM () NÃO Nº CPF 610.723.644-04

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

() Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)

() CPF do Representante Legal (cópia simples)

() Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.

Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.

Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim () Não

() Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)

() Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário

() Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada () Sim () Não

() Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.

() Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário

() Documento de identificação da vítima (cópia simples)

() CPF da vítima (cópia simples)

() Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)

() Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim () Não

() Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)

() Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário

() Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receitas médicos (originais)

() Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário

() Documento de identificação da vítima (cópia simples)

() CPF da vítima (cópia simples)

() Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)

() Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim () Não

☒ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: () Sim () Não

() Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário

☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)

☒ CPF da vítima (cópia simples)

☒ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)

☒ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)

☒ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).

☒ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

☒ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - cópia autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

() Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)

() Declaração de Cônjuge (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)

() Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

() Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)

() Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)

() Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge

() Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

() Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

() Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHOS(A))

() Declaração de Únicos Herdeiros (original)

() Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)

() Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)

() Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) CARLOS ANDRÉ DE SOUZA BEZERRA

Quem é o portador? () Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador 286.033.644-01

E-mail BOLSOGRACCA@HOTMAIL.COM Tel. 2388468364

Data 23/06/2018 Assinatura Valdeir da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) Atendimento de Emergência

Atendente Valdeir da Silva

Data: 23/06/2018 Assinatura: Valdeir da Silva

Atividade: Atividade de Emergência

De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonja Faro <sonjafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Lider, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Lider except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Lider. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
SERIAL 5.311.977 DATA DE
EXPIRAÇÃO 10/07/2015

NOME
<< ADRIANA JUVENAL DA SILVA >>

PAZADO
<< FRANCISCO JUVENAL DA SILVA >>
<< SONIA DA SILVA >>

NACIONALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 28/08/1978

POSSUIR << CC15291 L51B F292 CART 11º DIST
RECIFE PE 24.11.2008 >>

CNPJ 028.060.564-11

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.118 DE 09/04/2011

31505212243/0015566422771

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ECB

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



maria José juvenal da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

3163337/07/04143019.6774554

742.983.804-91

001796142 RECIFE PE >>

DOC. CARTELA >> 074799 07 55 2010 3 00060 262

RECIFE - PE

27/08/1972

DATA DE NASCIMENTO

NACIONALIDADE

>> SONIA MARIA DA SILVA >>

>> FRANCISCO JUVENAL DA SILVA >>

SITUAÇÃO

>> MARIA JOSÉ JUVENAL DA SILVA >>

4.476.224

02/04/2016

REGISTRO

CELEST

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
-REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Óbito

NOME:

JOÃO GOMES BEZERRA

MATRÍCULA:

075101 01 55 1999 4 00065 228 0064979 71

SEXO Masculino	COR Branca	ESTADO CIVIL E IDADE Casado, 46 anos
NATURALIDADE Recife, Pernambuco	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO Não declarado	ELEITOR Sim

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

Filho de **HAMILTON GOMES BEZERRA, III** e de **CELINA BARROS BEZERRA, III**. Residência do falecido: **Rua da Macaíba nº 216 Peixinhos, Olinda, Pernambuco**

DATA E HORA DE FALECIMENTO

Vinte e dois de junho de mil novecentos e noventa e nove, hora ignorada.

DIA

22

MÊS

06

ANO

1999

LOCAL DE FALECIMENTO

no Domicílio, Encaminhado ao I.M.L. Recife/PE

CAUSA DA MORTE

Edema Pulmonar + Miocardiopatia Dilatada + Esteatose Hepática

SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO

Cemitério São Bom Jesus da Redenção, Stº Amaro - Recife/PE

DECLARANTE

Antonio Pereira de Lima, nacionalidade brasileiro, documento de identificação Nº DECL. DE ÓBITO, profissão Motorista, estado civil casado, residente Mortuária Olinda, OLINDA(O)(C)

NOME E Nº DE DOCUMENTO DO(S) MÉDICO(S) QUE ATTESTOU(ARAM) O ÓBITO

Dr. Raimundo Roberto G. Pinheiro - CRM: 4985(IML)

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Ato registrado no livro C-65, às folhas 228 sob o nº 64979, Data do registro: 22 de junho de 1999, Data do óbito: 22 de junho de 1999. Profissão do falecido: **III**. Data do nascimento do falecido: 23 de junho de 1952. Era eleitor. Casado com **NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA**. O falecido deixou os filhos de nomes: Carlos André, Carlos Adriano e Andres. --- NªIML: 2587/99 Não constam averbações à margem do termo.

Emolumentos: R\$ 37,34 + TSNR R\$ 7,47 Total R\$ 44,81

SELO Nº 0075101.UNE09201401.06060; -Digitado por: Alana Vasconcelos

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

Nome do Oficial:

Registro Civil das Pessoas Naturais - 4º Distrito

Judiciário da Capital

Oficiala

Maria de Lourdes Gonçalves Buonafina

Município/UF

Recife-PE

Endereço

Rua da Conceição nº 200 LJ.03 Boa Vista - CEP 50060-130

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Recife-PE, 6 de junho de 2017.

Nilvan G. Buonafina
ESCREVENTE AUTORIZADO

4º RCPN - Boa Vista - Recife - Pernambuco

Rua da Conceição, 200 - LJ.03 - Boa Vista - CEP 50060-130 - Fone: (81) 3333-0000

AUTENTICAÇÃO

Autêntico a presente cópia reprográfica, conforme a original a mim apresentada, do que dou fé.
Recife, 3 de novembro de 2017. O test. é a verdade.

MARIA DE LOURDES G. BUONAFINA (Delegada)

Emi.: R\$ 3,32 - Taxa de 0,65 - Total: R\$ 3,98

Valido somente com o selo 0075101.ERC10201701.04160

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



AAA0996731

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, ANDRESS DE SOUZA BEZERRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 5.475.954 EXPEDIDO POR SOS EM 24/05/2014

CPF 0982098464-51 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 01599 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0000000047528-9

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

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

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

OLINDA de JUNHO de 2014

LOCAL E DATA

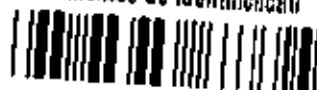
Andress de Souza Bezerra
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

EC-3

Não Alfabetizado

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
NOME 6.506.266
DATA DE EXPEDIÇÃO 17/09/2012

<< CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA >>

FILIAÇÃO
<< JOÃO GOMES BEZERRA >>
<< NEIDE MARIA DE SOUZA >>

NATURALIDADE
RECIFE - PE
DATA DE NASCIMENTO 07/11/1980

DOC. ORIGEM
<< CN 28862 L25A F27 CART OLINDA PE
05 08 2008 >>

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 23/03/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

075.610.024-08

CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA

07/11/1980





CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLICIA CIENTIFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTONIO PERSIVO CUNHA



PERÍCIA TANATOSCÓPICA Nº 27416 / 2016

REQUISITADO POR: POSTO POLICIAL DO HOSPITAL DA RESTAURACAO - 4ª CIRC. - DEL. DO ESPINHEIRO
BIC nº: 069847 / 2016 Data 14 / 9 / 2016
ENCAMINHAR PARA: POSTO POLICIAL DO HOSPITAL DA RESTAURACAO - 4ª CIRC. - DEL. DO ESPINHEIRO

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 17:16 horas do dia 14 de Setembro de 2016 na seção de Exames Tanatoscópicos, procedeu a necropsia de NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA filho(a) de NÃO DECLARADO e de CARMELITA CLAUDINA DE SOUZA, de cor NÃO INFORMADO, sexo Feminino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil NÃO INFORMADO, apresentando a idade de 58 Anos, peso NÃO INFORMADO, de estatura NÃO INFORMADO, natural de RECIFE - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 3965634, profissão NÃO INFORMADO, vestes NÃO INFORMADO, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

O corpo chegou à seção de tanatoscopia desta IML às 16:00 horas do dia 14/09/16, acompanhado de guia de remoção hospitalar assinada por Dr Sérgio de Oliveira que diz: "Informação dos bombeiros de atropelamento", acompanha também NIC 069847, e NIC que diz: "atropelamento"

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

DESCRIÇÃO: EXAME EXTERNO: Cadáver do sexo feminino em moderado estado de conservação, mórtese parafísica, resfriamento cutâneo, manchas de hipóstases em dorso, rigidez cadavérica presente e ausência de sinais vitais. Apresenta ainda, edema traumático, equimoses violáceas, escoriações em arrasto presentes na região frontal, nasal, e escapular direita. Ferimento de bordas irregulares presente em lábio superior. EXAME INTERNO: CABEÇA: Realizada incisão bimaxilodérmica com rebatimento do couro cabeludo evidenciamos calota craniana íntegra. Após craniotomia com retirada da abóboda craniana evidenciamos cérebro com edema e congestão cerebral. Ossos da base do crânio íntegros. TRONCO: Realizada incisão bimaxilodérmica com retirada do plastrão condroesternal evidenciamos pulmões amarelados e congestos. Coração de volume dentro da normalidade para a idade. Presença de volumoso hemoperitônio em cavidade abdominal, decorrente de laceração esplênica e hepática. Demais órgãos anatomicamente dispostos e desprovidos de lesões de interesse médico-legal. Realizado estudo fotográfico do cadáver. Colhido material de vísceras para realizar estudo toxicológico e encaminhado ao laboratório deste IML.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Conclui-se que a causa jurídica da morte foi indeterminada.

QUESITOS:

- 1º) Qual a causa da morte?
CHOQUE DECORRENTE DE TRAUMA ABDOMINAL
- 2º) Qual o instrumento ou meio que produziu a morte?
Instrumento contundente.

4º RCPN - Boa Vista - Recife - Pernambuco
Rua da Conceição, 200 - Lote 3 - Boa Vista - CEP: 50060-130 - Fone: (81) 3213-1966

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica conforme a original a mim apresentada, do que dou fé.
Recife, 29 de maio de 2018 - Eu-teste: da Verdade,
MÁRIA DE LOURDES G. BUENO (Delegatária)
RG: 3.965.634 - TSN: R\$ 0,48 Total: R\$ 4,09
Válida somente com o selo 0075101.V0005201801.04261





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA



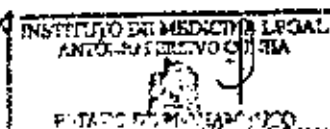
3º) Foi ocasionada pelo emprego de veneno, fogo, explosão, asfixia, tortura ou outro meio insidioso ou cruel ou de que possa resultar perigo comum?

Não.

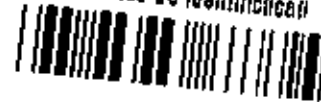
Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr^o LUCIANA MARIA QUEIROZ DE OLIVEIRA BORGES - CRM 11106.


Perito responsável

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA
ANA CLAUDIA CLAUDIA
DO NASCIMENTO
DR 103118



Documentos de identificação



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

4.856.147

DATA DE EXPEDIÇÃO 21.03.2013

CARLOS ANDRÉ DE SOUZA BEZERRA

JOÃO GOMES BEZERRA

NEIDE MARIA DE SOUZA

DATA DE NASCIMENTO 10.03.1976

OLINDA-PE

CNT 134-L.A2-F.35-CART. DE OLINDA-PE

7.110 UE 29-05-83

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

247

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL







DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 14/09/2016, faleceu em 14/09/2016 no estado civil de VÍDUA (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE(*)	RG	CPF
1. ANDRESS DE SOUZA BEZERRA		5479954	098.298.454-51
2. CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRA		4856147	896.093.604-91
3. CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA		6506266	07561002408
4.			
5.			

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(amos), ainda, que a vítima () não deixou companheira(o) ou () deixou companheira(o) de nome _____.

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)(s) declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros/beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

OLINDA, 21 JUNHO 2018

LOCAL E DATA

OLINDA, 21 JUNHO 2018

LOCAL E DATA

OLINDA 21 JUNHO 2018

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

Andress de Souza Bezerra

ASSINATURA DO DECLARANTE

Carlos André de Souza Bezerra

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

1 DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(IS) MENOR(ES) DE IDADE(*)

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL OU ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1.			
2.			

DADOS DE TESTEMUNHAS

2	NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
	MARIA JOSÉ JUVENAL DA SILVA	4476224/505	74298380491	Maria José Juvenal da Silva
	ADRIANA JUVENAL DA SILVA	5311977/505	028060564-11	Adriana Juvenal da Silva

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- a) Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- b) Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).

Documentos de Identificação

RECISTRO CIVIL
 Nº 396563-7
 DATA DE EMISSÃO 27.09.1988
 NOME DE MARIA DE SOUZA BEZERRA
 FILHO Carmelita Claudino de Souza
 RECIFE-PE
 DATA DE NASCIMENTO 07.09.1953
 DOB GRIGBERT. de Casam. 15.785-1-29-F-38
 Cart. 1º de Casam. RECIFE-PE
 670 723 644-04
 ASSUNTO DOB 235
 RECIN 7. MIO DE 2004

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SEGURANCA PUBLICA

ALVARO TAVARES BURN



Assinar aqui o titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

A autenticidade deste comprovante poderá
ser confirmada na Internet no endereço
www.receita.fazenda.gov.br
Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
as 13:27:04 do dia 28/09/2011 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

CÓDIGO DE CONTROLE
CACB AB22 F8C6 0593



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

670.723.644-04

Nome

NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

Nascimento

07/09/1953

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

EC3

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



POLEGAR DIREITO



Anderson de Gurgel Rezende

CARTeira DE IDENTIDADE

Documentos de Identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR
ANDRESS DE SOUZA BEZERRA

DATA DE NASCIMENTO
03/10/1979

MUNICÍPIO / UF
OLINDA/PE

REGIÃO
100

SEÇÃO
0222

DATA DE EMISSÃO
29/07/2015

Assinatura: *Andress de Souza Bezerra*

VALIDAÇÃO ELETRÔNICA

REGISTRO GERAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

5479.954

DATA DE EXPEDIÇÃO
21/05/2014

NOME
ANDRESS DE SOUZA BEZERRA

FILIAÇÃO
JOÃO GOMES BEZERRA

MATRICULAÇÃO
NEIDE MARIA DE SOUZA

RECIFE - PE

DOC. Opção
CN28861 LAZ5 F26V CART OLINDA PE

DATA DE NASCIMENTO
03/10/1979

CPF
04.11.4982-22

098.298.454-51

ASSINATURA DO TITULAR

Assinatura: *Andress de Souza Bezerra*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ASSINATURA ELETRÔNICA

Assinatura: *Andress de Souza Bezerra*

POLEGAR DIREITO



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

098.298.454-51

Nome

ANDRESS DE SOUZA BEZERRA

Nascimento

03/10/1979

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



CÓDIGO DE CONTROLE

C33D.6417.A625.C605

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 09:34:00 do dia 27/08/2014 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA

RG nº 6.506.266, data de expedição 17/09/2012 Órgão SDS

CPF nº 07561002408, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA DO MARCO</u>
Número	<u>52</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>AGUAZINHA</u>
Cidade	<u>OLINDA</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>53.270-250</u>
Telefone de Contato	<u>988656824</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: OLINDA, 21 DE JUNHO 2018

Assinatura do Declarante: 



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 24/04/2002
NOTA FISCAL - COTAÇÃO - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 52060-000
 CNPJ 06.855.612/0001-00 | Ins. Est. 15.052.040 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSÉFA EMÍLIA DE SAUSA
 MÓDULO 1508

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA LUIZ MACHADO, 12

CPF: 036.041.334-15

Atividade: Comércio

CLASSIFICAÇÃO

COMERCIAL

USO: RESIDUAL
 RESERVAÇÃO
 MANTENÇÃO

4000693800 04/2018
 08/05/2018 22/05/2018
 41,62

PERÍODO	USO	CLASS
01/01/2018	USO 4	USO 4
02/01/2018	USO 4	USO 4
03/01/2018	USO 4	USO 4

CONSUMO	PREÇO	VALOR
51,00 kWh	1,00 kWh	7,00
51,00 kWh	1,00 kWh	3,47
51,00 kWh	1,00 kWh	0,71
51,00 kWh	1,00 kWh	0,71

TOTAL DA FATURA

ITEM	QUANTIDADE	VALOR
1	1	41,62

PERÍODO	CONSUMO	VALOR
01/01/2018	51,00 kWh	7,00
02/01/2018	51,00 kWh	3,47
03/01/2018	51,00 kWh	0,71
04/01/2018	51,00 kWh	0,71

Informações adicionais sobre a fatura e o consumo de energia elétrica.

loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado, às 19h

124-604475267-8

04/Mai/2018

HORA DE 17:20:56

OT. 15.08353-8

TERM 016735

LOCALIDADE: RECIFE

RG. VINCULADA: 1030

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
 CELPE COMPANHIA ENERGÉTICA/PE

VALOR DO PAGAMENTO: 41,62

838500000000 416200110049
 800693800100 141515452037

124-604475267-8

VIA

loterias CAIXA



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRA,RG nº 4856147, data de expedição 21/09/2009 Órgão SDS

CPF nº 896.093.604.91, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA MAURINA SENA
Número	16
Apto / Complemento	
Bairro	AGUAZINHA
Cidade	OLINDA
Estado	PERNAMBUCO
CEP	53.000-000
Telefone de Contato	988468361
E-mail	BIOLOGA.ALCC@HOTMAIL.COM

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: OLINDA, 21 JUNHO 2018

Assinatura do Declarante:

Carlos André de Souza Bezerra



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA PRES KENNEDY - MUR. - 01001 - PEIXINHOS
OLINDA PE 53010-120

DADOS DO CLIENTE
CARMELITA CLAUDINA DE SOUZA MATRÍCULA: 68446929 ADI/2018-
R MAURINA SENA, M. 00016 - QD-C - AGUAZINHA OLINDA PE 53000-00
INSCRIÇÃO: 734.205.243.0008.000 GRUPO: 11 DEB. AUTOMÁTICO: 068446929

SITUAÇÃO AGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ESTACIONES	POSSUI
LIGADO	POTIVEL	1	1	
HIPOMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)	
A120072343	06/04/2018	07/05/2018	REAL	

LEIT. ANT: 243 CONSUMO: 4
LEIT. ATU: 247
LEIT. FAT: 247

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO

		PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG. PORT.	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIM. A LEGIS.
03/2018	04		MS 2.914/13		
02/2018	04	TURBIDEZ	76	76	73
01/2018	04	COR APARENTE	76	76	73
12/2017	02	CLORO RESIDUAL	76	76	66
11/2017	04	COLIF. TOTAIS	76	76	66
10/2017	04	E. COLI	76	76	76
MÉDIA:	04				

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA	CONSUMO	TOTAL (R\$)
RESIDENCIAL 3 UNIDADE(S)	4,18	40,18
CONSUMO DE ÁGUA		

TÁBUA	BASE DE CÁLCULO	DETERMINAÇÃO	VALOR DO VENCIMENTO
Por consumo	40,18	1,65	0,66
	40,18	7,60	3,05

VENCIMENTO: 20/05/2018

TOTAL A PAGAR: 40,18

MENSAGEM:

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Quinta: sorteios da segunda-feira a sábado.

130-872573490-4

10/05/2018

HORA DE 09:00:00

01. 15. 0023-1

1000 005202

LOCALIDADE: OLINDA

AG. VINCULADA: 4738

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
COMPESA CIA SAN PERNAMBUCO

VALOR DO PAGAMENTO: 40,18

828000000001 401800187346

008446929017 047018708331

130-872573490-4

18 VIA

Loterias CAIXA



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANDESS DE SOUZA BEZERRARG nº 5.479.954, data de expedição 21/05/2014 Órgão SDS

CPF nº 098.298.454-51, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA DO MARCO
Número	52
Apto / Complemento	
Bairro	AGUAZINHA
Cidade	OLINDA
Estado	PERNAMBUCO
CEP	53.270-250
Telefone de Contato	988656824
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: OLINDA 28/05/2018Assinatura do Declarante: Andress de Souza Bezerra



Tarifa Social de Energia Elétrica - Cade pela Lei 10.428, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FAPURB - COMISSÃO DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 177, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
 CNPJ 10.875.832/0001-00 | Ins. Est. 0000049-80 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSEFA HENRIQUE DA SILVA
 RUA 1315/1404

CPF: 035.041.334-15

CLASSIFICAÇÃO

USUÁRIO RESIDENCIAL
 Mensal

PERÍODO FISCAL

PERÍODO DE CONTABILIZAÇÃO

PERÍODO DE PAGAMENTO

DIRETÓRIO DA UNIDADE CONSUMIDORA

1014 Lixa (Módulo 1402)

Atividade: Comércio
 Cód. de Atividade: 4414-1
 Cód. de Atividade: 4414-1
 Cód. de Atividade: 4414-1

CAIXA DE PAGAMENTO
 4000593800 04/2018
 DATA DE PAGAMENTO
 08/05/2018 22/05/2018
 VALOR DO PAGAMENTO
 41,82

QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR UNITÁRIO
57,00 kWh	R\$ 0,73	R\$ 41,82
		R\$ 0,17
		R\$ 0,17
		R\$ 0,17

TOTAL DA FATURA

PERÍODO	Tipo de Fatura	DATA	PERÍODO	DATA	PERÍODO	DATA	PERÍODO	DATA	PERÍODO	DATA
01/05/18	01	01/05/18	01/05/18	01/05/18	01/05/18	01/05/18	01/05/18	01/05/18	01/05/18	01/05/18

PERÍODO	Tipo de Fatura	DATA	PERÍODO	DATA	PERÍODO	DATA	PERÍODO	DATA	PERÍODO	DATA
01/05/18	01	01/05/18	01/05/18	01/05/18	01/05/18	01/05/18	01/05/18	01/05/18	01/05/18	01/05/18

Reserva de Energia Elétrica - Cade pela Lei 10.428, de 26/04/02
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 177, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
 CNPJ 10.875.832/0001-00 | Ins. Est. 0000049-80 | www.celpe.com.br

Loterias CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

JINHA: sorteios de segunda-feira a sábado. Ap

124-604475267-8

04/Mai/2018

HORA DE 17:20:36

OT. 15.08353-0

LOCALIDADE: RECIFE

RG. VINCULADA: 1030

TERM. 016735

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
 CELPE COMPANHIA ENERGÉTICA/PE

VALOR DO PAGAMENTO: 41,82

838500000000 416200110049
 000593800100 141515452037

124-604475267-8

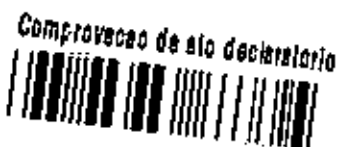
2 VIA

Loterias CAIXA



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO



Certidão nº 2016APH002062 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). ANA CLAUDIA CLAUDINA DO NASCIMENTO, 43 anos, BRASILEIRA(a), CASADO(a), RG nº 4372187 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 835.474.104-44, residente à AV VASCO RODRIGUES, nº 241, APT 603 CL C, PEIXINHOS, OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 14/09/2016, por volta das 06:16 hs, no endereço: AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, S/N, PEIXINHOS OLINDA-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) NÃO IDENTIFICADA, POIS ESTAVA INCONSCIENTE E NÃO PORTAVA DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO, inscrito sob o CPF nº NÃO IDENTIFICADO e Registro Geral nº NÃO IDENTIFICADO, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 940137-7 CARLOS. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. Registrado(a) com o prontuário nº 699809. Ficou aos cuidados do médico FILIPE, registro NÃO IDENTIFICADO. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

4º RCPN - Boa Vista - Recife - Pernambuco
Rua da Conceição, 200 - Loja 3 - Boa Vista - CEP. 50060-130 - Fone: (81) 3222-4000
AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia reprográfica conforme a original a mim apresentada, do que dou fé.
Recife, 3 de novembro de 2017. Em test. _____ de
verdade.
[Assinatura]
MAYRA DE LIMA OLIVEIRA (Delegatária)
Emol.: R\$ 3,32 - Taxa: R\$ 0,66 Total: R\$ 3,98
Válida somente com o selo 0075101.173310201701.04161
Consulte autenticidade em: www.cbm.pe.gov.br/secretaria



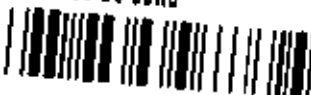
Posição em 21/10/2016

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site
<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2016APH002062

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



Certidão de óbito



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
Registro Civil da Graça 6º Distrito Judiciário da Capital
Certidão de Óbito

NOME:

NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

MATRÍCULA:

074997 01 55 2016 4 00227 147 0112127 58

SEXO Feminino	COR Preta	ESTADO CIVIL E IDADE Viúva, 63 anos
NATURALIDADE Recife, Pernambuco	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CPF/MF Nº 670.723.644-04, RG 3955634 SSP/PE	ELEITOR Sim
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA Filha de Carmelita Claudino de Souza. Residência da falecida: na Rua do Marco nº 52, Aguazinha, Olinda, Pernambuco		
DATA E HORA DE FALECIMENTO Quatorze de setembro de dois mil e dezesseis, às	DIA 14	MES 09 ANO 2016
LOCAL DE FALECIMENTO Hospital da Restauração Recife - PE		
CAUSA DA MORTE Choque decorrente de trauma abdominal produzido por instrumento, contundente, .		
SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO Cemitério de Águas Compridas, Olinda-PE	DECLARANTE José Ronaldo Galvão Silva, nacionalidade brasileira, RG Nº 1.933.105 SSP-PE, CPF/MF Nº 363.796.114-87, profissão Motorista, estado civil: divorciado, residente rua Galvota, 110, Dois Unidos, Recife-PE, preposto da falecida	
NOME E Nº DE DOCUMENTO DO(S) MÉDICO(S) QUE ATESTOU(ARAM) O ÓBITO Luciana Q. de O. Borges, CRM 11106		
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES Ato registrado no livro C-227, às folhas 147 sob o nº 112127. Data do registro: 15 de setembro de 2016. Data do óbito: 14 de setembro de 2016. Profissão da falecida: Empregada Doméstica. Data de nascimento da falecida: 7 de setembro de 1953. Era eleitora. Viúva. A falecida era casada com João Gomes Bezerra, não deixou bens e deixou três filhos: Andress de Souza Bezerra, Carlos André de Souza Bezerra e Carlos Adriano de Souza Bezerra Não constam averbações à margem do livro.		

Nome do Oficial
Registro Civil da Graça 6º Distrito Judiciário da Capital
Oficial Registrador
Cleidete Amélia Gouveia Vanderlei
Bel. Marcus Antonio de Azevedo Beltrão Junior-1º
substituto
Bel.ª Rafaela Raquel Gouveia Vanderlei-2ª substituta

Município/UF
Recife-PE

Endereço
Av. João de Barros, 1664 Lojas 01/02, Espinheiro

Selo: 0074997.BP206201602.07118

Consulta autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Recife, 15 de setembro de 2016.

4º RCPN - Boa Vista - Recife - Pernambuco
Rua da Conceição, 200 - Loja 3 - Boa Vista - CEP. 50060-130 - Fone: (81) 3222-0186

AUTENTICAÇÃO

Autenticado e apresentado ao registrador conforme o original a mim apresentado, do qual dou fé.
Recife, 3 de novembro de 2017. Es. test. da
verdade.

MARCIA DE LIMA G. B. F. F. (Delegatária)

Emol.: R\$ 3,32 + R\$ 0,66 Total: R\$ 3,98

Válido somente com o selo 0075101.CY010201701.04162

Consulta autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL DA RESTAURACAO - DP4ªCIRC
DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0334001277

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/09/2016 às
13:31

**ATROPELAMENTO COM VITIMA FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu
no dia 14/9/2016 às 06:30**

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, 1,
PERIMETRAL - Bairro: PEQUINHOS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

A INVESTIGAR (AUTOP VAGANTE)
ANDRESS DE SOUZA BEZERRA (NOTICIANTE)
NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO (Usado na geração de ocorrência), que estava em posse do(s) 2º(s)
A INVESTIGAR

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

ANDRESS DE SOUZA BEZERRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
NEIDE MARIA DE SOUZA Pai: JOÃO GOMES BEZERRA Data de Nascimento: 31/09/1979
Nacionalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA DO MARCO, 52, AGUAZINHA - CEP: 55066-800 - Bairro:
SAPUCAIA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL, ANTIGO CLUBE PERIQUITÃO

A INVESTIGAR (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA (não presente ao plantão) - UIC: 660147 Sexo:
Feminino Mãe: CARMELITA CLAUDIRA DE SOUZA Data de Nascimento: 7/5/1938 Nacionalidade:
RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: VIUVO(A) Esposado(a): 1º GRAU
INCOMPLETO Profissão: AUTONOMO(A)
Exame médico: (solicitado por esta unidade operacional), IML PARA EXAME CADAVERICO
Endereço Residencial: RUA DO MARCO, 52, AGUAZINHA - CEP: 55066-800 - Bairro:
SAPUCAIA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL, ANTIGO CLUBE PERIQUITÃO

4º RCPN - Boa Vista - Recife - Pernambuco
Rua da Conceição, 200 - loja 3 - Boa Vista - CEP: 50060-130 - Fone: (81) 3222-0786

AUTENTICAÇÃO

Autentico e presente cópia reprográfica conforme a
original a mim apresentada, do que dou fé.
Recife, 3 de novembro de 2017. Em test. de
verdade.

RAFAEL LOPES GOMES (Delegatária)
Emitido em: R\$ 3,32 Total: R\$ 3,98
Válido somente com o selo 0075101-59010201701-04163

Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/validar



14/09/2016 13:31

SESSÃO JORNAL DE IMPRESSÃO 092 29-104-2013 13:13 482988 1/1

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO _____



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 6.506.266 EXPEDIDO POR SNS EM 17/09/2012 E

CPF 075640024-08 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0947 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013.000.75059-7

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

OLINDA de JUNHO de 2012

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG Conde da Boa Vista
DATA: 02/01/2018 HORA: 17:34:37
TERMINAL: 10301032 CONTROLE: 103010320558

AGÊNCIA: 0917 - MARCOS FREIRE
CONTA: 013.00075059-7
CLIENTE: CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
01/01	0,00

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
01/01	2,53

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.000	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

		SALDO ANTERIOR	2,520
--	--	----------------	-------

Janeiro

01/01	000000	REM BASICA	0,000
01/01	000000	CRED JUROS	0,010

RESUMO EM 29/12

SALDO	2,530
-------	-------

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO	0,00
-----------------	------

SALDO DISPONIVEL	2,530
------------------	-------

SALDO TOTAL	2,530
-------------	-------

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

Autorização de pagamento



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, CARLOS ANDRÉ DE SOUZA BEZERRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 4.856.147

EXPEDIDO POR 505

EM 21 / 09 / 2018 E

CPF (896093604-91) / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____.

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0943 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 043.00053953-5

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

OLINDA 21 de JUNHO de 2018

LOCAL E DATA

Carlos André de Souza Bezerra

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

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



----- DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO -----
0030210 TODO DIA PEIXINHOS 26/09/2017
CAIXA
16:20:58 (Horário de Brasília)
*****8236

Saldo N. 93020001-3212

AGENCIA : 0917 - MARCOS FREIRE, PE
CONTA : 013 00053953 5
CLIENTE : CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZ

SALDO ATE A DATA DE:	26/09/2017
DISPONIVEL.....	14.999,67
BLOQUEADO.....	0,00
TOTAL.....	19.999,67

Informações importantes

www.banco24horas.com.br
Impressão em papel termoss. - 1 com
vida útil de 5 anos. Evite co - in com
plásticos, produtos químicos, - não use
ao calor, umidade, luz do - não use

Andress

Autorizacao de pagamento



Correspondente do Banco Bradesco

>>Proposta de Pre-abertura de Conta<<

Ag. Relac.: 01599 - OLINDA-CTO
PRACD : 081 - EXPRESSO OLINDA
OLINDA

Agencia : 01599-OLINDA-CTO
Conta : 000000047528-9
Nome : ANDRESS DE SOUSA RIBEIRO
Data : 30/05/2017
Modalidade CB

Tipo Pessoa: Fisica
Tipo Conta : Conta Corrente

Afiliado ao Programa de Benefícios: N

NSU BANCO : 027678016385
HORA : 10:39:45

Sujeito a Confirmação do Banco

OLINDA BRANCO
0800 727 9931

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0124734/19

Vítima: NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

CPF: 670.723.644-04

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/09/2016

Titular do CPF: NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Laudo do IML - Necrópsia
Outros

CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA : 075.610.024-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRA : 896.093.604-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ANDRESS DE SOUZA BEZERRA : 098.298.454-51

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

ATENÇÃO

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

- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/04/2019
Nome: CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRA
CPF: 896.093.604-91

CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/04/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0124734/19

Vítima: NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

CPF: 670.723.644-04

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/09/2016

Titular do CPF: NEIDE MARIA DE SOUZA
BEZERRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Laudo do IML - Necropsia
Outros

CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA : 075.610.024-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

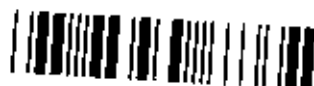
CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRA : 896.093.604-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ANDRESS DE SOUZA BEZERRA : 098.298.454-51

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

Outros



ATENÇÃO

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

- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/04/2019
Nome: CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRA
CPF: 896.093.604-91

CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/04/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA
Data do Acidente: 14/03/16 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 670723644-04

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de Identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

RECEBIDO
29 MAR 2019
Seguradora Líder DPVAT

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAVS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de Identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado – Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

AC OLINDA
28 MAR 2019

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): CARLOS ANDRÉ DE SOUZA BEZERRA
Quem é o portador? ☐ Vítima ☒ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 896093604-94
E-mail: BIOLOGA.ACCO@hotmail.com Tel.: (81) 988468361
Data: 28/03/2019 Assinatura: Carlos André de Souza Bezerra

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AC OLINDA
Atendente: Luiz Pereira da Silva
Data: 28/03/19 Assinatura: Luiz Pereira da Silva
Matrícula: 8.305.003-2

Atraso na data do último documento

Justificativa – Nº ASI ou Processo

34.80302474

() Aguardando status e/ou Erro sistêmico

(X) Solicitação 07

() Solicitação 06

() Caixa Redistribuição

() Atraso por consulta ao site da Receita Federal

() Outros

Data do recebimento (Relógio datador ou e-mail)	Data da ação (no SISDPVAT)
29/03/2019	

Recebi o processo em 08/04/2019

Nome: Antônio Cláudio



CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA



PERÍCIA TANATOSCÓPICA Nº 27316 / 2016

REQUISITADO POR: POSTO POLICIAL DO HOSPITAL DA RESTAURACAO - 4ª CIRC. - DEL. DO ESPINHEIRO
BIC nº: 069847 / 2016 Data 14 / 9 / 2016
ENCAMINHAR PARA: POSTO POLICIAL DO HOSPITAL DA RESTAURACAO - 4ª CIRC. - DEL. DO ESPINHEIRO

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 17:16 horas do dia 14 de Setembro de 2016 na seção de Exames Tanatoscópicos, procedeu a necropsia de NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA (filha) de NÃO DECLARADO o do CARMELITA CLAUDIA DE SOUZA, de cor NÃO INFORMADO, sexo Feminino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil NÃO INFORMADO, apresentando a idade de 58 Anos, peso NÃO INFORMADO, de estatura NÃO INFORMADO, natural de RECIFE - PE, nacionalidade BRASILEIRA, documento apresentado RG: 3365634, profissão NÃO INFORMADO, vestes NÃO INFORMADO, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estas questões:

HISTÓRICO:

O corpo chegou à seção de tanatoscopia deste IML às 16:00 horas do dia 14/09/16, acompanhado de guia de remoção hospitalar assinada por Dr Sérgio de Oliveira que diz: "Informação dos bombeiros de intoxicação", acompanha também NIC 069847, e NIC que diz: "intoxicação"

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

DESCRIÇÃO: EXAME EXTERNO: Cadáver do sexo feminino em moderado estado de conservação, mórtese parietal, reatamento cutâneo, manchas de hipóstases em dorso, rigidez cadavérica presente e ausência de sinais vitais. Apresenta edema traumático, equimoses violáceas, escoriações em arrastado presentes na região frontal, nasal, e escapular direitos. Ferimento de bordas irregulares presente em lábio superior. EXAME INTERNO: CABEÇA: Realizada incisão bimatotômica com refinamento do couro cabeludo evidenciamos calota craniana íntegra. Após craniotomia com retirada da abóboda craniana evidenciamos cérebro com edema e congestão cerebral. Ossos da base do crânio íntegros. TRONCO: Realizada incisão bimatotômica com refinamento do pleurostoma evidenciamos pulmões amarelados e congestos. Coração de volume dentro da normalidade para a idade. Presença de volumoso hemoperitônio em cavidade abdominal, decorrente de laceração esplênica e hepática. Demais órgãos anatomicamente dispostos e desprovidos de lesões de interesse médico-legal. Realizado estudo fotográfico do cadáver. Colhido material de viscerais para realizar estudo toxicológico e encaminhado ao laboratório deste IML.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Conclui-se que a causa jurídica da morte foi indeterminada.

QUESTÕES:

1) Qual a causa da morte?

CHOQUE DECORRENTE DE TRAUMA ABDOMINAL.

2) Qual o instrumento ou meio que produziu a morte?

Instrumento contundente.

4º RCPN - Boa Vista - Recife - Pernambuco
Rua da Conselheiro, 200 - apt 3 - Boa Vista - CEP: 50060-130 - Fone: (81) 33

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica conforme a original e a apresentada, do que dou fé.

Recife, 29 de maio de 2018. Es-teste da Verdade.

MARIA DE LUCRES G. ROCHA (Delegataria)

Ass.: 3.01 - TNR: R\$ 0,68 Total: R\$ 4,09

Valido somente com o selo 0075101.V0005201801.04261





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA



3ª) Foi ocasionada pelo emprego de veneno, fogo, explosão, asfixia, tortura ou outro meio insidioso ou cruel ou de que possa resultar perigo comum?
Não.

Lida e achado correto o(s) médico(s) legista que assinou Dr(a). LUCIANA MARIA QUEIROZ DE OLIVEIRA BORGES - CRM 11106.


Perito responsável

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL
ANTÔNIO PERSIVO CUNHA
LUCIANA MARIA QUEIROZ DE OLIVEIRA BORGES
CRM 11106
08/03/18

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL
ANTÔNIO PERSIVO CUNHA
PERITO RESPONSÁVEL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAXA R\$ 0,00

EC-3

Não Alfabetizado

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
NOME 6.506.266 DATA DE EMISSÃO 17/09/2012

<< CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA >>

FILIAÇÃO
<< JOÃO GOMES BEZERRA >>
<< NEIDE MARIA DE SOUZA >>

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
RECIFE - PE 07/11/1980

DOC. ORIGEM << CN 28862 L25A F27 CART OLINDA PE
05 08 2008 >>

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.118 DE 28/05/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal



CPF

075.610.024-08

GARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA

07/11/1980

Documentos de Identificacao



VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

4.856.147

DATA DE EXPIRACAO 21.03.2000

CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRA

JOAO GOMES BEZERRA

NEIDE MARIA DE SOUZA

DATA DE NASCIMENTO 18.03.1976

OLINDA-PE

C.N. 1334-L.A2-F.35-CART DE OLINDA-PE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

14-2

DATA DE EXPIRACAO 21.03.2000

DATA DE NASCIMENTO 18.03.1976

OLINDA-PE

C.N. 1334-L.A2-F.35-CART DE OLINDA-PE

