



Número: **0014746-35.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.505,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOACI JOSE DE LIMA (AUTOR)		EWEERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64925 547	20/07/2020 13:12	ANEXO 1	Outros (Documento)



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 511, São Vito, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.833.923/0001-58 | Ins. Est. 0005943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE APLICADOR: MOURA DE A. FERNANDES **ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

CPF: 945.234.444-04

CENTRO SURIUBIM
SURIUBIM PE
55750-000

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CNPJ DO CONSUMIDOR: 7005749888 MÊS DA FATURA: 10/2019

Nº DA NOTA FISCAL: 07/10/2019 DATA DE EMISSÃO: 07/10/2019

DATA DE RECEBIMENTO: 14/10/2019 DATA DE VENCIMENTO: 07/11/2019

ARREMATIÇÃO: 07/10/2019 Nº DO CLIENTE: 01118880 Nº DA INSTALAÇÃO: 375.000

TOTAL A PAGAR (R\$): 102,74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abaixo (AWB)	109,0000000	0,81069952	87,55
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,50
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,01
Contribuição Social sobre Lucros e Juros			6,64
ICMS Substituição - COF - NF 08024776-040719			0,76
ICMS Substituição - COF - NF 072044262-050919			0,80
Multas por atraso NF 070940294 - 040919			7,35
Juros por atraso NF 070940294 - 040919			0,11

TOTAL DA FATURA: 102,74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO RESIDUO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (AWB)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
03014	RES	04-08-2019	28.179,00	07-10-2019	28.137,00	53	1,00000		109,00

MÊS	CONSUMO (AWB)	INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO	Descrição de Energia	AWB	%
04-18	106	41,08	25,00	10,26	Energia Transmissão	33	31,1%
05-18	91	32,26	1,20	1,30	Distribuição (Celpe)	76	83,6%
06-18	113	43,08	3,36	3,52	Perdas de Energia	76	67,3%
07-18	102				Energias Setoriais	76	74,5%
08-18	103				Tratadas	33	32,2%
09-18	122				Total	109	100%
10-18	109						
11-18	109						
12-18	109						
01-19	109						
02-19	109						
03-19	109						
04-19	109						
05-19	109						
06-19	109						
07-19	109						
08-19	109						
09-19	109						
10-19	109						

RECEBIMENTO EM DINHEIRO: 102,74 R\$

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para mais informações sobre este serviço, consulte o site www.celpe.com.br ou o telefone 0800 00 00 00. O cliente deve manter a conta em dia para evitar o corte de energia. O cliente deve manter a conta em dia para evitar o corte de energia. O cliente deve manter a conta em dia para evitar o corte de energia.

Atenção: Este serviço é prestado sob a responsabilidade da CELPE. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br ou o telefone 0800 00 00 00.





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 571.940.534 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOACI JOSÉ DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o nº 045.021.158 / 43 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima JOACI JOSÉ DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o nº 045.021.158 / 43, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

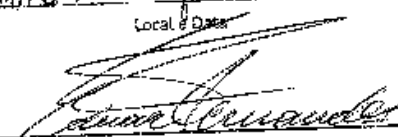
Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>RUA JOÃO BATISTA</u>		<u>370</u>	<u>CASA</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>CENTRO</u>	<u>SURUBIM</u>	<u>PE</u>	<u>55750-000</u>
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
	<u>(81) 99665-0454</u>		

SURUBIM/PE 10 de FEVREIRO de 2020
Local e Data


Assinatura do Declarante





PREFEITURA DE

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

Trabalhando com o povo

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o (a) paciente JOACI JOSÉ DE LIMA

Vítima de acidente de moto, portador(a) do CPF: 045.021.358-43 RG 30.549.905

Residente: ALTO DAS OLIVEIRAS, recebeu atendimento na Policlínica Santina Falcão no dia 16/10/2019, onde foram realizados os primeiros socorros pela equipe de plantão.

Santa Maria do Cambucá, 02 de DEZEMBRO de 2019.

Henrique Soares do Nascimento

Diretor de Recursos Humanos

CPF: 945.008.207-02

HENRIQUE SOARES DO NASCIMENTO

DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS



Acidente moto



PREFEITURA DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ
Trabalhando com o povo

SERVICÓ DE PRONTO ATENDIMENTO

Data: 16/10/19 Hora: 10:45 Registro:

Nome: Yaci Yve de Lima Referência:

Endereço: R. alto das oliveiras

Bairro: Cidade: ST = no alto das Cambucá

Idade: 57 a. Sexo: M Cor: Pd Profissão: Agricultor

Responsável: Nome:

Endereço do Responsável: Rua:

TIPO DE ACIDENTE: ACIDENTE DE TRÁFEGO

VEÍCULO: Automóvel Ônibus Moto Outro Ignorado

MODO: Atropelamento Colisão Capotagem Outro Ignorado

ACIDENTE DE ACESSO

POR: Arma de Fogo Arma Branca Espancamento Outro Ignorado

MODO: Assalto/Briga Ação Policial Agressão Sexual Outro Ignorado

ACIDENTE DE APLICAÇÃO

ORIGEM: Construção Civil Indústria Agricultura Comércio Outro Ignorado

TIPO DE AGRSSÃO/SUICÍDIO

POR: Arma de Fogo Enforcado Drogas Queda de Nível Outro Ignorado

OUTROS TIPOS DE ACIDENTE

Intoxicação Acidental Queda Acidental Afogamento Queimadura Outro Ignorado

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Via Pública Domicílio Ambiente de Trabalho Escola Outro Ignorado

Queixas:
pela parte de queda de motocicleta com o corpo
em de uma altura de 10 metros
bom estado de saúde
MGB A G E

Exame Físico:

PA: FC: Pulso: Temperatura: HGT:

Hipótese Diagnóstica:

Procedimentos:

202 R. no alto das / pulso

Cód:





PREFEITURA DE
SANTA MARIA DO CAMBUCÁ
 Trabalhando com o povo

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

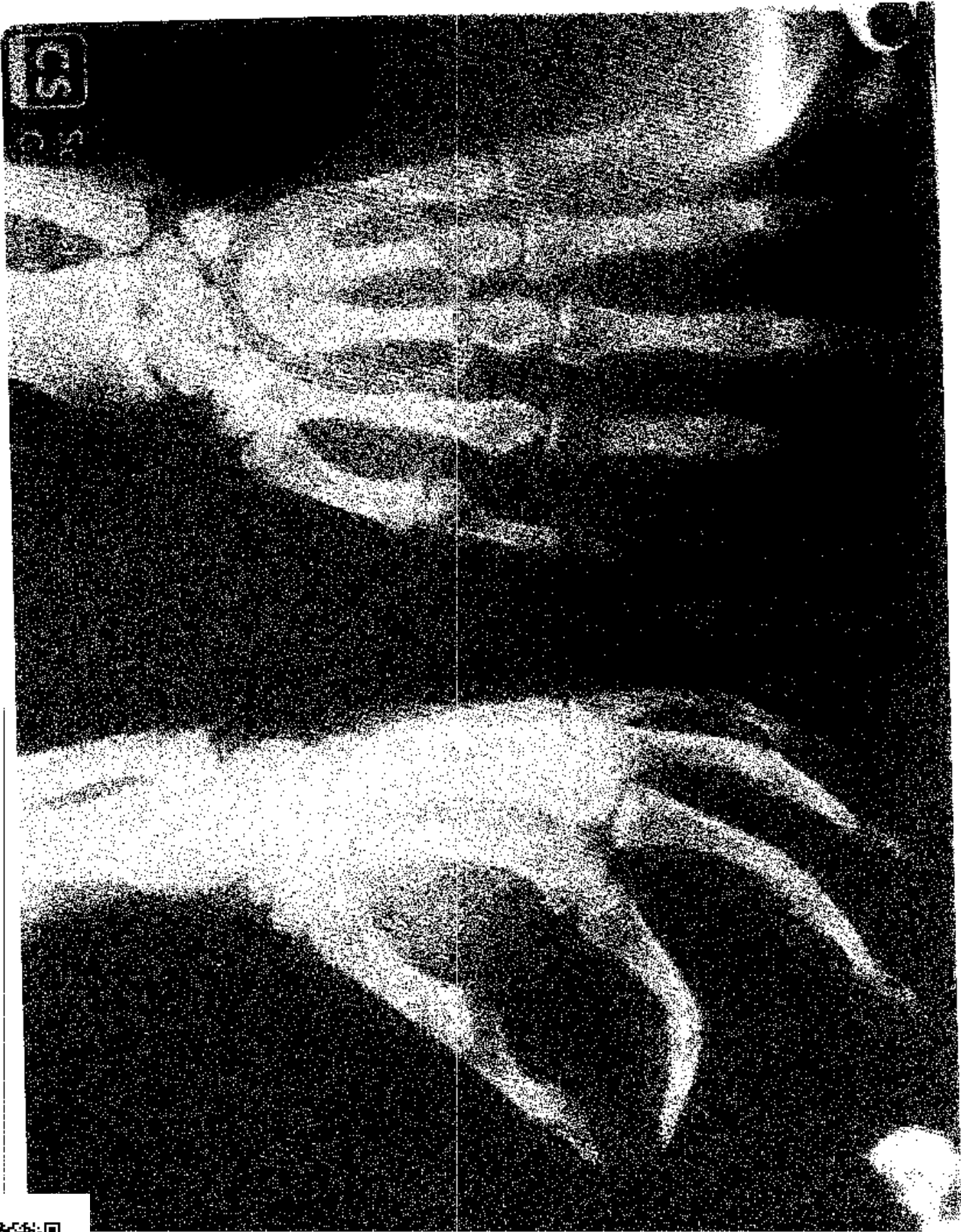
Atestado

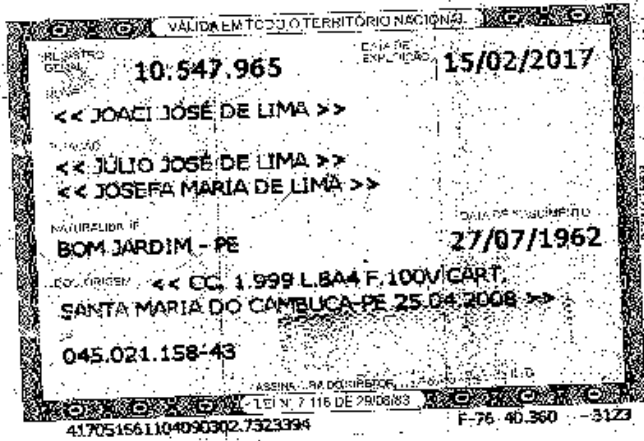
Atesto para os devidos fins, que João
 José de Lima foi atendido por mim
 dia 16/10/19 vítima de queda de
 no tocado e fratura do pé proximal
 proximal do quarto metacarpo esquerdo
 S/TC (Rx de mão est)

Data 27, 11, 19

Pedro Roberto A. Silva
 Médico
 CRM 10430







DE Nº 014488275467 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

WWW.SEGURADORAIDER.COM.BR
SAO DPVAT 0800 022 1204

PERÍODO 2016	DATA EMISSÃO 08/02/19
PLANO 014	CLASSIFICAÇÃO 000000
RENDA 2016	NOME DO SEGURO SAO DPVAT
PREMIO 2016	PREMIO 2016

PREMIO TARIFARIO

PREMIO 2016	PREMIO 2016	PREMIO 2016
CUSTODIAÇÃO 2016	DATA DE QUITAÇÃO 08/02/19	
<input checked="" type="checkbox"/> COTAGEM	<input type="checkbox"/> PARCELADO	

SEGUROADORA LIDER - DPVAT



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025926/20

Vítima: JOACI JOSE DE LIMA

CPF: 045.021.158-43

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

Data do acidente: 16/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOACI JOSE DE LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

JOACI JOSE DE LIMA : 045.021.158-43

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/01/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



SURUBIM (PE), 07 DE FEVEREIRO 2020.

À LIDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA: JOACI JOSE DE LIMA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO n° 3200030502

Prezado Senhor(a),

Solicito de V.S^a, que meu processo de INVALIDEZ seja REANALISADO, uma vez que eu fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 16/10/2019, onde sofri FRATURA EM MINHA MÃO ESQUERDA fiz todo tratamento médico e mesmo assim ENCONTRO-ME ATUALMENTE COM SEQUELAS. E não fui submetido a PÉRICIA por um médico indicado pela LÍDER para avaliar minha seqüela e foi liberado para mim um valor muito inferior ao que tenho Direito. Em contato com o atendimento da Líder fui orientado a fazer uma carta explicando a situação para que então eu possa ser avaliado por um médico indicado pela Líder e receba a importância a que tenho Direito.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.S^a, que meu processo seja REANALISADO e que seja liberado o valor que realmente me é de direito, uma vez que estou com seqüelas.

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.


JOACI JOSE DE LIMA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200030502 **Cidade:** Santa Maria do Cambucá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOACI JOSE DE LIMA **Data do acidente:** 16/10/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 4º METACARPO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P2 P3)

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00



PROCURAÇÃO:

OUTORGANTE

NOME:	JOACI JOSÉ DE LIMA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	AGRICULTOR
IDENTIDADE:	10.547.965-5DS/PE
DATA DO ACIDENTE:	16/10/2019
COBERTURA:	INVALIDEZ
VÍTIMA:	JOACI JOSÉ DE LIMA
ENDEREÇO:	

SRA DE SANTA MARTA DO CAMBUCÁ-PE - CNIS 15.950-19
TITULAR: RICARDO JOSÉ AROREX CAMPOS
Telefone: (81) 98277-9545

Recebeu por autenticidade a firma de JOACI JOSÉ DE LIMA Dou R\$ 3.159,15SR R\$ 0,00, FERM R\$ 0,04, FUNSEG R\$ 0,00, FERC R\$ 0,40, ISS R\$ 0,00, Total R\$ 4,91. Em testemunho, VANESSA LAIS FERNANDA DA SILVA, 4.91. Em testemunho, VANESSA LAIS FERNANDA DA SILVA, Recreante autorizada.

Selo: 0159500-20191102-00576-98/11/2019 15:01:29
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/sacautenticat

OUTORGADO

NOME:	B. EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	FUNÇÃO PÚBLICA APOSENTADO
IDENTIDADE:	3092028-SSP/PE e CPF. 574.940.534/68.
ENDEREÇO:	RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SUPUBAMA (PE).

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SANTA MARIA DO PE 29 DE NOVEMBRO DE 2019.
CAMBUCÁ

Joaci José de Lima

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025926/20

Número do Sinistro: 3200030502

Vítima: JOACI JOSE DE LIMA

Data do acidente: 16/10/2019

CPF: 045.021.158-43

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOACI JOSE DE LIMA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

JOACI JOSE DE LIMA : 045.021.158-43

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/01/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025926/20

Vítima: JOACI JOSE DE LIMA

Data do acidente: 16/10/2019

CPF: 045.021.158-43

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOACI JOSE DE LIMA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

JOACI JOSE DE LIMA : 045.021.158-43

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/01/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025926/20

Número do Sinistro: 3200030502

Vítima: JOACI JOSE DE LIMA

Data do acidente: 16/10/2019

CPF: 045.021.158-43

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOACI JOSE DE LIMA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/02/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/02/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos





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

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200030502 Vítima: JOACI JOSE DE LIMA

Data do Acidente: 16/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOACI JOSE DE LIMA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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

Pag: 00093/00094 - carta_03 - INVALIDEZ

00080047



Carta nº 15397829





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

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200030502

Vítima: JOACI JOSE DE LIMA

Data do Acidente: 16/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOACI JOSE DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15397830

Pag. 00251/00252 - carta_01 - INVALIDEZ

00030126





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

Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200030502

Vítima: JOACI JOSE DE LIMA

Data do Acidente: 16/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOACI JOSE DE LIMA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%	
Graduação: Em grau residual 10%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%	
Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 =	R\$ 945,00

Recebedor: JOACI JOSE DE LIMA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000001295

Conta: 0000045785-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200030502 **Vítima:** JOACI JOSE DE LIMA

Data do Acidente: 16/10/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOACI JOSE DE LIMA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 11/02/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01669/01670 - carta_09 - INVALIDEZ

00030835



Carta nº 15501864





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 045.021.158/43 4 - Nome completo da vítima: JOACI JOSE DE LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
5 - Nome completo: JOACI JOSÉ DE LIMA 6 - CPF: 045.021.158-43
7 - Profissão: REC. INF. 8 - Endereço: RUA DO CAMPO 9 - Número: 07 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SANTA MARIA DO CAMBUCA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55765-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 181199665-0454

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR
17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECLUSO INFORMAR R\$1.000 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)
 CONTA POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 1295 CONTA: 45.785

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CAUO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE
 Declaro, sob as penas da Lei, que não há impossibilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 8.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE
23 - Estado civil da vítima: Solteira Casado (no Civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (sei nome)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Assinatura do declarante: _____
35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo): _____
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo): _____
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo): _____
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SANTA MARIA DO CAMBUCA PE 19/10/2020
X Joaci Jose de Lima (Declarante)





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DES PESSOAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2- Nº do sinistro ou ASL: _____ 3- CPF da vítima: 045.021.158/43 4- Nome completo da vítima: JOACI JOSE DE LIMA

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

5- Nome completo: JOACI JOSÉ DE LIMA 6- CPF: 045.021.158-43
7- Profissão: REC. INF. 8- Endereço: RUA DO CAMPO 9- Número: 07 10- Complemento: CASA
11- Bairro: CENTRO 12- Cidade: SANTA MARIA DO CAMBUCA 13- Estado: PE 14- CEP: 55765-000
15- E-mail: _____ 16- Tel.(DDD): (81)99665-0454

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

17- Nome completo do Representante Legal: _____
18- CPF do Representante Legal: _____ 19- Profissão do Representante Legal: _____

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

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

21- DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar única opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1295 CONTA: 45.785 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorda do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23- Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no CIV) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24- Data do óbito da vítima: _____
25- Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26- Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27- Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: _____
28- Vítima teve filhos? Sim Não 29- Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30- Vítima deixou nascituro(s) (em nascos)? Sim Não 31- Vítima teve irmãos? Sim Não 32- Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33- Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, 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 restituir o valor recebido, além de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34- _____
35- Nome legível de quem assina a pedido (a rogol) _____
36- CPF legível de quem assina a pedido (a rogol) _____
37- Assinatura de quem assina a pedido (a rogol) _____
38- 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha _____
39- 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha _____

40- Local e Data: SANTA MARIA DO CAMBUCA PE 19/10/2020

X Joaci José de Lima
Assinatura do titular/beneficiário (declarante)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 133ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA MARIA DO CAMBUCA -
DP133ªCIRC DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0223000604**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/11/2019** às **16:53**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **16/10/2019** às **10:45**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1, ESTRADA QUE LIGA SANTA MARIA AO SÍTIO PAU SANTO - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL.**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ANDERSON JOSÉ DE LIMA (TESTEMUNHA)
JOACI JOSE DE LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOACI JOSE DE LIMA**

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

JOACI JOSE DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA MARIA DE LIMA Pai: JULIO JOSE DE LIMA Data de Nascimento: **27/7/1962** Naturalidade: **BOM JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10547965/SSP/PE (RG), 04502115843 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 981163070**

Residencial: **VILA DO CAMPO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, - CEP: 55000-000 - Bairros: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL.**

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

ANDERSON JOSÉ DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: . Pai: . Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANDERSON JOSÉ DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOACI JOSE DE LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 TITAN MIX** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PD52866** (PERNAMBUCO/SANTA MARIA DO CAMBUCA) Renavam: **108954307** Chassi: **9C2KC221CR046834**



Ano Fabricação/Modelo: **2018/2016** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL O SR. JOACI JOSE DE LIMA INFORMANDO QUE NO DIA 16/10/2019 POR VOLTAS DAS 10:45 HORAS CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA PDS8866, E QUANDO TRAFEGAVA NESTE MUNICIPIO NA ESTRADA QUE LIGA SITIO PAU SANTO A STA MARIA PERDEU O CONTROLE DO VEICULO VINDO A CAIR E LESIONANDO MÃO ESQUERDA, SENDO ATENDIDO NA POLICLINICA DE STA MARIA DO CAMBUCA PARA TRATAMENTO MEDICO.

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

Joaci Jose de Lima

JOACI JOSE DE LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MAXAEL OLIVEIRA DOS SANTOS** - Matrícula: **3848442**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 045.021.158/43 4 - Nome completo da vítima: JOACI JOSE DE LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
5 - Nome completo: JOACI JOSÉ DE LIMA 6 - CPF: 045.021.158-43
7 - Profissão: REC. INF. 8 - Endereço: RUA DO CAMPO 9 - Número: 07 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SANTA MARIA DO CAMBUCA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55765-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 181199665-0454

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR
17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECLUSO INFORMAR R\$1.000 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)
 CONTA POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 1295 CONTA: 45.785
(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 ou a qual dirijo, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CAUO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE
 Declaro, sob as penas da lei, que não é impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 8.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE
23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: _____ falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (sei nome)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: _____ falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Assinatura do requerente: _____
35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo): _____
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo): _____
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo): _____
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SANTA MARIA DO CAMBUCA PE 19/10/2020
X Joaci Jose de Lima (Beneficiário/Declarante)



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOACI JOSE DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01295

CONTA: 000000045785-0

Nr. da Autenticação C0AFDE024DA3B4FF





INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA CAP. JOSÉ ALVINO - NUM. - 00245 - CENTRO SANTA MARIA DO CAMBUCA, PE 55765-000

DADOS DO CLIENTE MIREIAM LAURINDA DE ALBUQUERQUE MATRICULA: 103274170 Out/2019
R DO CAMPO, N. 00007 - CENTRO SANTA MARIA DO CAMBUCA PE 55765-000
INSCRIÇÃO: 127.100.238.0054.000 GRUPO: 18 DEB. AUTOMÁTICO: 103274170

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESCOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE UNIDADES (RESIDENCIAL, COMERCIAL, INDUSTRIAL)	PÚBLICA
HIDRÔMETRO Y10H473702	DATA LEIT. ANTERIOR 14/10/2019	DATA LEIT. ATUAL 13/11/2019	TIPO DE CONSUMO (AVE) MÉDIA HD	

ÁGUA:
LEIT. ANT: 416 CONSUMO: 6
LEIT. ATU: TAXA MÍNIMA
LEIT. FAT: 426

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO

DATA	CONSUMO	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN. A LEGIS.
09/2019	11				
08/2019	06	TURBIDEZ	10	12	12
07/2019	07	COR APARENTE	10	12	12
06/2019	07	CLORO RESIDUAL	10	12	12
05/2019	06	COEF. TOTAIS	10	12	12
04/2019	01	E. COLI	10	12	12

MÉDIA: 06
Qualidade de Água: www.compesa.com.br
OBS.: (1) COLEFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS - (2) OS PARÂMETROS COPIFORMES 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	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	6 M3	9,22
JUROS DE MORA 08/2019		0,03

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
TIP	9,22	1,55	0,15
CCIRMS	9,22	7,50	0,70

VENCIMENTO: 25/11/2019 TOTAL A PAGAR: 9,25

MENSAGEM: IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE FATURAS PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 48,23. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGATIVAÇÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

22.440000000-9 0925001017-4 103274

VENCIMENTO: 25/11/2019

compesa

ATENDIMENTO: 0800-20101015
VALZAMENTOS: 0800-06101015

101

