

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012564914901
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 870241278 RNTTC ***** EXERCÍCIO 2016

NOME
LUANA MARIA DA SILVA

CARUARU-PE

CPF/CNPJ
123.416.944-46

PLACA
KLM3696

PLACA ANT./UF

CHASSI
9C2KC08506R804334

ESPÉCIE TIPO
PA3 MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA/MODELO
HONDA/CG 150 TITAN ES

ANO FAB. 2005 ANO SACO 2008

CAP/MOT./CIL
29/149CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA
IPVA 2016 QUITADO

VENO. COTA ÚNICA 1ª *****

PARCELAMENTO/COTAS 2ª *****

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) 3ª *****

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

TO DE PORT. OBRIGATORIO

TRANSF. PRECIA

LOCAL DATA

CARUARU-PE 06/12/16

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIOTERRESTRE (DOPOR) SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAU. SEGURO DPVAT

PE Nº 012564914901 BILHETE DE SEGURO DPVAT

LUANA MARIA DA SILVA

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

CARUARU-PE EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 06/12/16

VIA 1 CPF/CNPJ 123.416.944-46 PLACA KLM3696

CHASSI 9C2KC08506R804334 MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN ES

ANO FAB. 2005 CIL 149 MOT. 29 Nº CHASSI 9C2KC08506R804334

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNE (R\$) CONTRAT. (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IGP (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.600/0001-04
www.seguradoralider.com.br

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

FEV-2016

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012564914901
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 870241278 RNTTC ***** EXERCÍCIO 2016

NOME
LUANA MARIA DA SILVA

CARUARU-PE

CPF/CNPJ
123.416.944-46

PLACA
KLM3696

PLACA ANT./UF

CHASSI
9C2KC08506R804334

ESPÉCIE TIPO
PA3 MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA/MODELO
HONDA/CG 150 TITAN ES

ANO FAB. 2005 ANO SACO 2008

CAP/MOT./CIL
29/149CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA
IPVA 2016 QUITADO

VENO. COTA ÚNICA 1ª *****

PARCELAMENTO/COTAS 2ª *****

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) 3ª *****

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

TO DE PORT. OBRIGATORIO

TRANSF. PRECIA

LOCAL

CARUARU-PE

DATA 06/12/16

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIOTERRESTRE (DOPOR) SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAU. SEGURO DPVAT

PE Nº 012564914901 BILHETE DE SEGURO DPVAT

LUANA MARIA DA SILVA

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

CARUARU-PE EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 06/12/16

VIA 1 CPF/CNPJ 123.416.944-46 PLACA KLM3696

CHASSI 9C2KC08506R804334 MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN ES

ANO FAB. 2005 CIL 149 MOT. 29 CHASSI 9C2KC08506R804334

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNE (R\$) CONTRAT. (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IGP (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.600/0001-04
www.seguradoralider.com.br

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

FEV-2016

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380089/19

Vítima: LEANDRO BEZERRA LINS

CPF: 054.522.714-30

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 08/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEANDRO BEZERRA LINS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

LEANDRO BEZERRA LINS : 054.522.714-30

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: 30/10/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190612988 **Cidade:** Toritama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO BEZERRA LINS **Data do acidente:** 08/01/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.
TRAUMA CORTO CONTUSO NO HÁLUX DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA (PÉ - P4), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

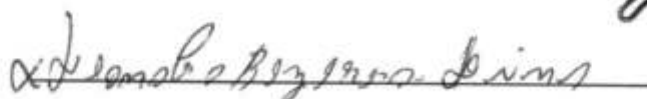
NOME: LEANDRO BEZERRA LINS
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 7.336.803 SDS/PE CPF: 054.522.714-30
DATA DO ACIDENTE: 08/01/2018
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: LEANDRO BEZERRA LINS
ENDEREÇO: AV JOÃO JOAQUIM DA SILVA, 214, LOTTO COQUEIRAL, TORITAMA /PE

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: FUNCIONARIO PUBLICO APOSENTADO
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-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**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA

TORITAMA - PE 25 DE OUTUBRO 2019.



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO DE TORITAMA
Rua João Manuel da Silva, 25 - Centro - Toritama - PE
Tabelião: Danielle Lécio Rosado

Reconheço Por Autenticidade a firma de
LEANDRO BEZERRA LINS. 25/10/2019 e dou fé.
Em testemunho da verdade. Escrevente:
GLEYSON ALVES MOTA DE ARAUJO
Eml. 3,51, TSNR 0,80, FERC 0,40 Total R\$4,91.
Consulte autenticidade em www.tpe.jus.br/
Selo: 0162057.YGJ1020190100979

Gleyson A. M. de Araújo
ESCREVENTE AUTORIZADO



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

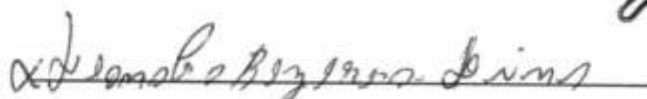
NOME: LEANDRO BEZERRA LINS
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 7.336.803 SDS/PE CPF: 054.522.714-30
DATA DO ACIDENTE: 08/01/2018
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: LEANDRO BEZERRA LINS
ENDEREÇO: AV JOÃO JOAQUIM DA SILVA, 214, LOTTO COQUEIRAL, TORITAMA /PE

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: FUNCIONARIO PUBLICO APOSENTADO
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-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**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA

TORITAMA - PE 25 DE OUTUBRO 2019.



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO DE TORITAMA
Rua João Manuel da Silva, 25 - Centro - Toritama - PE
Tabelião: Danielle Lécio Rosado

Reconheço Por Autenticidade a firma de
LEANDRO BEZERRA LINS. 25/10/2019 e dou fé.
Em testemunho da verdade. Escrevente:
GLEYSON ALVES MOTA DE ARAUJO
Eml. 3,51, TSNR 0,80, FERC 0,40 Total R\$4,91.
Consulte autenticidade em www.tpe.jus.br/
Selo: 0162057.YGJ1020190100979

Gleyson A. M. de Araújo
ESCREVENTE AUTORIZADO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0061571/20

Vítima: LEANDRO BEZERRA LINS

CPF: 054.522.714-30

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 08/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEANDRO BEZERRA LINS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

LEANDRO BEZERRA LINS : 054.522.714-30

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: 14/02/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/02/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380089/19

Vítima: LEANDRO BEZERRA LINS

CPF: 054.522.714-30

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 08/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEANDRO BEZERRA LINS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

LEANDRO BEZERRA LINS : 054.522.714-30

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: 30/10/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190612988

Vítima: LEANDRO BEZERRA LINS

Data do Acidente: 08/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEANDRO BEZERRA LINS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190612988

Vítima: LEANDRO BEZERRA LINS

Data do Acidente: 08/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LEANDRO BEZERRA LINS

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 15/01/2018, emitida pelo Dr. JOSÉ VINÍCIUS GOMES DOS SANTOS, CRM nº 25516 - PE, da Instituição HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200076098

Vítima: LEANDRO BEZERRA LINS

Data do Acidente: 08/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEANDRO BEZERRA LINS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 17 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200076098

Vítima: LEANDRO BEZERRA LINS

Data do Acidente: 08/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LEANDRO BEZERRA LINS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 054.522.714-30 4 - Nome completo da vítima: LEANDRO BEZERRA LINS

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

5 - Nome completo: LEANDRO BEZERRA LINS 6 - CPF: 054.522.714-30
7 - Profissão: REC. SNF 8 - Endereço: AV. JOAO JOAQUIM DA SILVA 9 - Número: 214 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: LOTTO COAGIRAL 12 - Cidade: TORITAMA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55125-000
15 - E-mail: AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 2551 CONTA: 359105 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestada

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TORITAMA 28/10/2019

Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante)
Leandro Bezerra Lins

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 054.522.714-30 4 - Nome completo da vítima: LEANDRO BEZERRA LINS

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

5 - Nome completo: LEANDRO BEZERRA LINS 6 - CPF: 054.522.714-30
7 - Profissão: REC. SNF 8 - Endereço: AV. JOAO JOAQUIM DA SILVA 9 - Número: 214 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: LOTTO COAGIRAL 12 - Cidade: TORITAMA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55125-000
15 - E-mail: AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR 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:

☒ RECURSO 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 2551 CONTA: 359105 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestada

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TORITAMA 28/10/2019

41 - Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

05/03/2018

05/03/2018 14:39



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 129ª CIRCUNSCRIÇÃO - TORITAMA -
DP129ªCIRC DINTER/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0219000323**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/03/2018** às
14:51

Complementa o BO Número: **18E0219000298**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **8/1/2018** no período da **Madrugada**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRANSITO/MOTOCICLETA**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TORITAMA, 1, BR104 - Bairro:**

CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ELEMENTO DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)

SIMONE CRISTIANE DA SILVA (NOTICIANTE)

LEANDRO BEZERRA LINS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a).
LEANDRO BEZERRA LINS

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

LEANDRO BEZERRA LINS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ZILDA MARIA DE OLIVEIRA Pai: ARLINDO BEZERRA LINS Data de Nascimento: 13/2/1985
Naturalidade: **AGUA PRETA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7336863/SDS/PE (RG), 05452271430 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**
Profissão: **COSTUREIRO(A)**

SIMONE CRISTIANE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA SEVERINA DA SILVA Pai: GERALDO POSSIDONIO DA SILVA Data de Nascimento: 15/6/1988
Naturalidade: **TORITAMA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8614061/SDS/PE (RG), 09442187426 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **ANALFABETO** Profissão: **DO LAR**
Telefones Celulares:
- **81993706413**

ELEMENTO DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: 0 Pai: 0 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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



MOTOCICLETA HONDA CG 150 KLM3696 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LEANDRO BEZERRA LINS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LEANDRO BEZERRA LINS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KLM3696** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KGO8500R804334**
Ano Fabricação/Modelo: **2005/2006**

Complemento / Observação

RELATA A NOTICIANTE QUE NO DIA 08/01/2018 A VÍTIMA LEANDRO BEZERRA LINS SOFREU ACIDENTE DE MOTOCICLETA, SENDO CONDUZIDO PELO SAMU AO HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA EM TORITAMA, SENDO ATENDIDO E TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NO RECIFE. NESTA DATA COMPARECEU A ESTA DP A SENHORA SIMONE CRISTIANE DA SILVA IDENTIDADE 8514001 SDS/PE, CPF 094421674 26, SOLICITANDO A RETIFICAÇÃO DA DATA DO ACIDENTE CONSTA NESTE BO 08.02.2018, PARA 08. 01.2018, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO DO SAMU DATADA DE 29.01.2018 RELATANDO A OCORRENCIA, NA DATA MENCIONADA.(RETIFICADA) NESTA DATA A PESSOA DE SIMONE CRISTIANE DA SILVA, VEM ACRESCENTAR O NOME DA PESSOA QUE ESTÁ NO DOCUMENTO DA MOTOCICLETA DE PLACA KLM3696. LUANA MARIA DA SILVA, CPF 123.416.944-46. NA OPORTUNIDADE A NOTICIANTE APRESENTA XEROX DO CRLV DA MOTOCICLETA REFERENC IA. É O QUE FIZ CONSTAR.

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

SIMONE CRISTIANE DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **Rui Jose Medeiros Silva** - Matrícula: **381102-6**



05/03/2018

05/03/2018 14:39



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 129ª CIRCUNSCRIÇÃO - TORITAMA -
DP129ªCIRC DINTER/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0219000323**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/03/2018** às
14:51

Complementa o BO Número: **18E0219000298**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **8/1/2018** no período da **Madrugada**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRANSITO/MOTOCICLETA**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TORITAMA, 1, BR104 - Bairro:**

CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ELEMANTO DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)

SIMONE CRISTIANE DA SILVA (NOTICIANTE)

LEANDRO BEZERRA LINS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a).
LEANDRO BEZERRA LINS

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

LEANDRO BEZERRA LINS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ZILDA MARIA DE OLIVEIRA Pai: ARLINDO BEZERRA LINS Data de Nascimento: 13/2/1985
Naturalidade: **AGUA PRETA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7336863/SDS/PE (RG), 05452271430 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**
Profissão: **COSTUREIRO(A)**

SIMONE CRISTIANE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA SEVERINA DA SILVA Pai: GERALDO POSSIDONIO DA SILVA Data de Nascimento: 15/6/1988
Naturalidade: **TORITAMA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8514961/SDS/PE (RG), 05442157426 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **ANALFABETO** Profissão: **DO LAR**
Telefones Celulares:
- **81993766413**

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

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



MOTOCICLETA HONDA CG 150 KLM3696 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LEANDRO BEZERRA LINS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LEANDRO BEZERRA LINS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KLM3696** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KGO85006R804334**
Ano Fabricação/Modelo: **2005/2006**

Complemento / Observação

RELATA A NOTICIANTE QUE NO DIA 08/01/2018 A VÍTIMA LEANDRO BEZERRA LINS SOFREU ACIDENTE DE MOTOCICLETA, SENDO CONDUZIDO PELO SAMU AO HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA EM TORITAMA, SENDO ATENDIDO E TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NO RECIFE. NESTA DATA COMPARECEU A ESTA DP A SENHORA SIMONE CRISTIANE DA SILVA IDENTIDADE 8514001 SDS/PE, CPF 094421674 26, SOLICITANDO A RETIFICAÇÃO DA DATA DO ACIDENTE CONSTA NESTE BO 08.02.2018, PARA 08. 01.2018, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO DO SAMU DATADA DE 29.01.2018 RELATANDO A OCORRENCIA, NA DATA MENCIONADA.(RETIFICADA) NESTA DATA A PESSOA DE SIMONE CRISTIANE DA SILVA, VEM ACRESCENTAR O NOME DA PESSOA QUE ESTÁ NO DOCUMENTO DA MOTOCICLETA DE PLACA KLM3696. LUANA MARIA DA SILVA, CPF 123.416.944-46. NA OPORTUNIDADE A NOTICIANTE APRESENTA XEROX DO CRLV DA MOTOCICLETA REFERENC IA. É O QUE FIZ CONSTAR.

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

SIMONE CRISTIANE DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **Rui Jose Medeiros Silva** - Matrícula: **381102-6**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 054.522.714-30 4 - Nome completo da vítima: LEANDRO BEZERRA LINS

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

5 - Nome completo: LEANDRO BEZERRA LINS 6 - CPF: 054.522.714-30
7 - Profissão: REC. SNF 8 - Endereço: AV. JOAO JOAQUIM DA SILVA 9 - Número: 214 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: LOTTO COAGIRAL 12 - Cidade: TORITAMA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55125-000
15 - E-mail: AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 2551 CONTA: 359105 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestada

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TORITAMA 28/10/2019

Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante)
Leandro Bezerra Lins

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 054.522.714-30 4 - Nome completo da vítima: LEANDRO BEZERRA LINS

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

5 - Nome completo: LEANDRO BEZERRA LINS 6 - CPF: 054.522.714-30
7 - Profissão: REC. SNF 8 - Endereço: AV. JOAO JOAQUIM DA SILVA 9 - Número: 214 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: LOTTO COAGIRAL 12 - Cidade: TORITAMA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55125-000
15 - E-mail: AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 2551 CONTA: 359105 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestada

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TORITAMA 28/10/2019

Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante)
Leandro Bezerra Lins

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**SAMU
192**

Prefeitura Municipal de Toritama
Secretaria de Saúde de Toritama

Toritama, 29 de janeiro de 2018

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins em atenção ao pedido do Sr. **LEANDRO BEZERRA LINS** portador do RG **7.336.803** SDS-PE e CPF **054.522.714-30** que consta nos registros de ocorrências Nº **0010** do **SAMU** Toritama, atendimento realizado por esse serviço ao mesmo, no dia 08 do mês de janeiro do ano de 2018 às 00:00hs: 03min. No endereço: na BR 104 (Próximo ao lixão)) município de Toritama com queixa de queda e Moto tendo sido enviada a **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO**, que prestou atendimento a vítima no local sendo transportado para o **HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA**, na cidade de Toritama-Pe.

De acordo com o registro de informações do **SAMU** foram realizados no paciente o os seguintes procedimentos: Avaliação, imobilização e remoção.

Ana Paula S. de A.
Enfermeira
COREN-PE 334662
COORD. SAMU Toritama

ANA PAULA SILVA DE ASSIS-ENF-COREN-PE 334662

COORD. SAMU Toritama

Recebi esta declaração do SAMU Toritama em -----/-----/-----



**SAMU
192**

Prefeitura Municipal de Toritama
Secretaria de Saúde de Toritama

Toritama, 29 de janeiro de 2018

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins em atenção ao pedido do Sr. **LEANDRO BEZERRA LINS** portador do RG **7.336.803** SDS-PE e CPF **054.522.714-30** que consta nos registros de ocorrências Nº **0010** do **SAMU** Toritama, atendimento realizado por esse serviço ao mesmo, no dia 08 do mês de janeiro do ano de 2018 às 00:00hs: 03min. No endereço: na BR 104 (Próximo ao lixão)) município de Toritama com queixa de queda e Moto tendo sido enviada a **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO**, que prestou atendimento a vítima no local sendo transportado para o **HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA**, na cidade de Toritama-Pe.

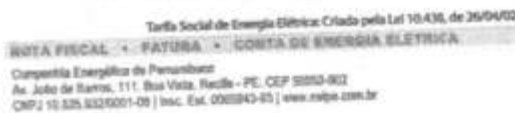
De acordo com o registro de informações do **SAMU** foram realizados no paciente o os seguintes procedimentos: Avaliação, imobilização e remoção.

Ana Paula S. de A.
Enfermeira
COREN-PE 334662
COORD. SAMU Toritama

ANA PAULA SILVA DE ASSIS-ENF-COREN-PE 334662

COORD. SAMU Toritama

Recebi esta declaração do SAMU Toritama em -----/-----/-----



ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV. JOÃO JOAQUIM DA SILVA, 214

LOTIO COMEIRA/TONTANA
TONTANA-PE
55125-000

4003101733	07/2019
17/07/2019	09/08/2019
165.71	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
	190,00000000	0,78063095	148,31
Contorno Ab-a) VRIJ			1,09
Acetorno Bandeira AMARELA			9,58
Cartão (Bati) Polícia Municipal			1,40
ICMS Subversão - CDE-4F 061471384 - 10/05/19			3,51
Multa por atraso -4F 061471384 - 10/05/19			1,56
Juros por atraso -4F 061471384 - 10/05/19			0,69
Atualização RP1 -4F 061471384 - 10/05/19			0,96
PPC-CRANHA - 00134732 9890 0003 031 9999			-1,42
Reopen (TAPU) - s/171 da Lei 10.438/2002			

TOTAL DA FATURA

- 105.71

TOTAL DA FATURA		DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL						
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE UNAS	AJUSTE	CONSUMO (M3)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			
41300380	CAD	14/05/2018	28.599,40	06/07/2018	28.799,40	50	1,0000	19,00

ANÁLISE DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Equipamento	Consumo (kWh)
Geladeira (180)	18.0
Lâmp. (200)	20.0
TV (200)	20.0
Fridge (200)	20.0
Fridge (180)	18.0
Fridge (170)	17.0
Fridge (220)	22.0
Fridge (180)	18.0
Fridge (180)	18.0
Fridge (180)	18.0
Fridge (180)	18.0

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Equipamento	Consumo (kWh)	Porcentagem (%)
Geladeira (180)	18.0	18.0%
Lâmp. (200)	20.0	20.0%
TV (200)	20.0	20.0%
Fridge (200)	20.0	20.0%
Fridge (180)	18.0	18.0%
Fridge (170)	17.0	17.0%
Fridge (220)	22.0	22.0%
Fridge (180)	18.0	18.0%
Fridge (180)	18.0	18.0%
Fridge (180)	18.0	18.0%
Fridge (180)	18.0	18.0%

ANÁLISE DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Equipamento	Consumo (kWh)	Porcentagem (%)
Geladeira (180)	18.0	18.0%
Lâmp. (200)	20.0	20.0%
TV (200)	20.0	20.0%
Fridge (200)	20.0	20.0%
Fridge (180)	18.0	18.0%
Fridge (170)	17.0	17.0%
Fridge (220)	22.0	22.0%
Fridge (180)	18.0	18.0%
Fridge (180)	18.0	18.0%
Fridge (180)	18.0	18.0%
Fridge (180)	18.0	18.0%

Figura 1. Distribuição espacial da taxa de mortalidade por dengue em municípios do Estado de Pernambuco, 2000-2004. Fonte: dados do IBGE (2005) e do Atlas de Saúde do Brasil (2006).

ATENÇÃO! ELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUA CONTAS EM ABERTO

www.elsevier.com/locate/jmb

[illegible][illegible]

For more information, contact the
 American Society of Human Genetics,
 214-223-2000. Internet: www.ashg.org
 or www.ashg.org.
 For more information, contact the
 American Society of Human Genetics,
 214-223-2000. Internet: www.ashg.org
 or www.ashg.org.

EMPRESA - CATEGORIA DAS INTERVENÇÕES					MUNICÍPIO - TERMO		
CÓDIGO	VALOR PROPOSTO	LIMITE ANUAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE SEMESTRAL	TERMO ANUAL (R\$)	LIMITE DE UTILIZAÇÃO (R\$)	
						ANUAL	SEMESTRAL
000	0,00	5,79	14,62	29,25	720	292	291



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, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50055-002
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 9005943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ALBINO DA SILVA MOURA DE A FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

DE 1002, QUA 10, 101

CPF: 945.234.444-04

CENTRO SUL RIBEIRIM
SUL RIBEIRIM PE
55750-000

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTINUA	MÊS/ANO
7005749883	10/2019
DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
14/10/2019	07/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
102,74	

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
078720001	032A	07/10/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DE INSTALAÇÃO
07/10/2019	201110000	3753000

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (W/h)	109,000000	0,81089952	87,55
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,50
Acréscimo Bandeira VERMELHA			5,01
Contribuição para o Povo e Municipal			0,54
ICMS Subvenção CCE-AF 0882247/9-04/07/19			0,78
ICMS Subvenção CCE-AF 072044203-05/05/19			0,60
Multa por atraso NF 075848298-04/08/19			1,35
Juros por atraso NF 075848298-04/08/19			0,11
TOTAL DA FATURA			102,74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (W/h)
6-0014	CAI	DATA 04-09-2019 LEITURA 16.129,01	DATA 27-10-2019 LEITURA 16.237,30	23	1.00000		109,00

RECORTE DE CONSUMO	INDICAÇÕES DE TRIBUTOS	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
OUT 19 - 100		
SET 19 - 01		
AGO 19 - 112		
Jul 19 - 113		
Jun 19 - 162		
Maio 19 - 152		
Abr 19 - 172		
Mar 19 - 168		
Fev 19 - 162		
Jan 19 - 131		
Dez 18 - 176		
Nov 18 - 186		
Out 18 - 132		

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	25,00	22,38
PIS	1,25	1,33
COFINS	9,85	9,51

Descrição	R\$	%
Energia de Energia	87,55	85,26%
Transmissão	3,22	3,14%
Distribuição (Celpe)	19,81	19,27%
Perdas de Energia	6,17	6,02%
Encargos Setoriais	4,91	4,88%
Tributação	20,99	20,23%
Total	102,65	100%

Calcular o desconto: 0,54920000

TABULAS APLICADAS: 0,54920000

RESPONSABILIDADE FISCAL

FOLHA 02/25 ESCRITO BREF. C.000 21.00 PECB B303

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Segundo o artigo 1º do Decreto de regulamentação da Lei 10.438/02, a tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores que não tenham acesso à rede elétrica e não tenham condições de pagar a tarifa normal. A tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores que não tenham acesso à rede elétrica e não tenham condições de pagar a tarifa normal. A tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores que não tenham acesso à rede elétrica e não tenham condições de pagar a tarifa normal.

Atenção: O cliente deve pagar a tarifa social de energia elétrica diretamente para a CELPE, não para a concessionária de energia elétrica. O cliente deve pagar a tarifa social de energia elétrica diretamente para a CELPE, não para a concessionária de energia elétrica.



ATENÇÃO

A vida útil dos dados impressos neste comprovante dependerá de alguns cuidados: archive-o em local seco, sem contato com plásticos, produtos químicos ou óleo. Não o exponha também à luz do sol, lâmpadas fluorescentes e fontes de calor.



DADOS DO CLIENTE
 JOSE LUCIANO DE CARVALHO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 AV. JOÃO JOAQUIM DA SILVA, 214

CPF: 045.126.944-08

LOTE CONJUNTO/TONTAMA
 TONTAMA PE
 55125-000

CLASSIFICAÇÃO
 01 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

NUMERO DE CONSUMIDOR: 4003101733
 DATA DE VIGÊNCIA: 07/2019
 DATA DE VIGÊNCIA: 17/07/2019
 DATA DE VIGÊNCIA: 09/08/2019
 VALOR: 165,71

Nº DA LEITURA	TIPO DE	PERÍODO
09025917	UBICA	10/07/2019
PERÍODO	Nº DA LEITURA	Nº DA LEITURA
10/07/2019	2002199810	9999404

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Residual	150,0000000	0,78063095	117,09
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,00
Contribuição Social do Consumidor			0,56
Contribuição Social do Consumidor			1,40
ICMS Substituído - ICMS NF 001471384 - 10/05/19			3,51
Multa por atraso - NF 001471384 - 10/05/19			1,56
Juros por atraso - NF 001471384 - 10/05/19			0,56
Atualização ICPI - NF 001471384 - 10/05/19			0,98
PRO-CRANCA - 0013472 9880 0000 031 9940			-1,42
Bonus ITAPU - art 121 da Lei 10.436/2002			

TOTAL DA FATURA

165,71

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

ÍP DO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	ÍP DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
MESES	FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
07/2019	CAI	10/06/2019	20.594,40	06/07/2019	20.754,40	1,6000	160,00

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Residual	150,0000000	0,78063095	117,09
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,00
Contribuição Social do Consumidor			0,56
Contribuição Social do Consumidor			1,40
ICMS Substituído - ICMS NF 001471384 - 10/05/19			3,51
Multa por atraso - NF 001471384 - 10/05/19			1,56
Juros por atraso - NF 001471384 - 10/05/19			0,56
Atualização ICPI - NF 001471384 - 10/05/19			0,98
PRO-CRANCA - 0013472 9880 0000 031 9940			-1,42
Bonus ITAPU - art 121 da Lei 10.436/2002			

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Residual	150,0000000	0,78063095	117,09
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,00
Contribuição Social do Consumidor			0,56
Contribuição Social do Consumidor			1,40
ICMS Substituído - ICMS NF 001471384 - 10/05/19			3,51
Multa por atraso - NF 001471384 - 10/05/19			1,56
Juros por atraso - NF 001471384 - 10/05/19			0,56
Atualização ICPI - NF 001471384 - 10/05/19			0,98
PRO-CRANCA - 0013472 9880 0000 031 9940			-1,42
Bonus ITAPU - art 121 da Lei 10.436/2002			

ATENÇÃO: O CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

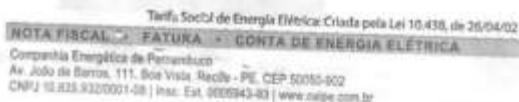
TIPO DE	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
10/07/19	10/07/19	10/07/19	10/07/19	10/07/19	10/07/19

Se você não possui uma conta em aberto, por favor, entre em contato com o Serviço ao Cliente (0800 000 0000) para mais informações.

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Residual	150,0000000	0,78063095	117,09
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,00
Contribuição Social do Consumidor			0,56
Contribuição Social do Consumidor			1,40
ICMS Substituído - ICMS NF 001471384 - 10/05/19			3,51
Multa por atraso - NF 001471384 - 10/05/19			1,56
Juros por atraso - NF 001471384 - 10/05/19			0,56
Atualização ICPI - NF 001471384 - 10/05/19			0,98
PRO-CRANCA - 0013472 9880 0000 031 9940			-1,42
Bonus ITAPU - art 121 da Lei 10.436/2002			

Se você não possui uma conta em aberto, por favor, entre em contato com o Serviço ao Cliente (0800 000 0000) para mais informações.

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Residual	150,0000000	0,78063095	117,09
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,00
Contribuição Social do Consumidor			0,56
Contribuição Social do Consumidor			1,40
ICMS Substituído - ICMS NF 001471384 - 10/05/19			3,51
Multa por atraso - NF 001471384 - 10/05/19			1,56
Juros por atraso - NF 001471384 - 10/05/19			0,56
Atualização ICPI - NF 001471384 - 10/05/19			0,98
PRO-CRANCA - 0013472 9880 0000 031 9940			-1,42
Bonus ITAPU - art 121 da Lei 10.436/2002			



SAÚDE DO CLIENTE
ACRÓBATA MARGA SOUZA DE A. FERNANDES

CPF: 045.234.444-04

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CENTRO SURUBIM
SURUBIM PE
55760-000

CLASSIFICAÇÃO
E1 - FARMACOLÓGICA
R1 - RESCUE

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
07/01/2009	132-A	07/10/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA NOTA ACRD
07/10/2018	2011160600	375

KONTA CONSTRUCTION	AMMAN
7005749888	10/2019
DALAM PERAWATAN	14/10/2019
	07/11/2019
TOTAL A PAGAN (R)	102,74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água (m³)	109,000000	0,81089952	87,35
Adesivos Bandeira AMARELA			0,50
Adesivos Bandeira VERMELHA			5,01
Cartão Ident. Pública Municipal			8,84
ICMS Subvenção C.C.E. Nº 080234779-04/02/19			0,78
ICMS Subvenção C.C.E. Nº 072044203-05/06/19			0,60
Multa por atraso Nº 075948286-04/03/19			1,35
Multa por atraso Nº 075948264-04/03/19			0,11

TOTAL DA FATURA

102.74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
K07914	141	04-09-2019	26.128,00	07-10-2019	26.237,00	33	1.00000		109,00

REFERENCES

Month	Number of Cases (approx.)
OCT 99	10
SET 99	20
AGO 99	30
JUL 99	40
JUN 99	50
MAY 99	60
ABR 99	70
MAR 99	80
FEB 99	90
JAN 99	100
DEC 98	110
NOV 98	120
OCT 98	130

© 2006 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 260: 391–400

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR IMPOSTO
ICMS	R\$ 1,06	25,00	22
PIS	R\$ 1,06	1,25	1
COFINS	R\$ 1,06	3,05	3

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição do Consumo	QD	Valor	%
Transmissão	QD	3,72	3,67%
Dist. Energia (Cable)	QD	18,81	21,07%
Perdas de Energia	QD	5,17	5,52%
Energia Distribuída	QD	4,31	4,88%
Tributação	QD	28,98	33,23%
Total	QD	51,00	100%

Endre Székely, *ed.* (1997)

王德明 王德明 王德明 王德明 王德明

034973481

EMBA BE25 EC80Balt COO 2000 FCB B30

INFLAMMATORY IMPURITIES

[illegible]

4) **CONCLUSÃO:** a partir da análise dos dados, concluiu-se que a maioria dos entrevistados não possui conhecimento sobre a importância da reciclagem e a separação dos resíduos sólidos.



CELPE

ATENÇÃO

A vida útil dos dados impressos neste comprovante dependerá de alguns cuidados: archive-o em local seco, sem contato com plásticos, produtos químicos ou óleo. Não o exponha também à luz do sol, lâmpadas fluorescentes e fontes de calor.

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LEANDRO BEZERRA LINS inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.522.714 / 30, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima LEANDRO BEZERRA LINS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.522.714 / 30, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>RUA JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email <u>AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR</u>		Telefone comercial(DDD) <u>81-99665.0454</u>	Telefone celular (DDD) <u>81-98133.5022</u>

TORITAMA, 28 de OUTUBRO de 2019

Local e Data



Assinatura do Declarante

Toritama, 05 de Fevereiro de 2017.

Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima
Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 021/2018

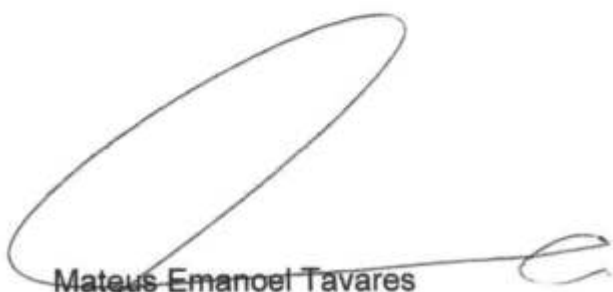
Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Para: **LEANDRO BEZERRA LINS**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor (a) **LEANDRO BEZERRA LINS** deu entrada nesta unidade como consta na ficha geral de emergência no registro nº 72.421, no dia 08/01/2018 foi atendido e em seguida sendo TRANSFERIDO.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,



Mateus Emanuel Tavares
Coordenador de Unidade de Saúde

Av. João Manoel da Silva ▪ Centro – Toritama - Pernambuco ▪
Telefone: 3741- 1192 ▪ E-mail – admhospitaltoritama@gmail.com
CNPJ: 11.073.548/0001-88 Fundo Municipal de Saúde de Toritama



HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

Neuro / Trauma

53516759 FICHA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Registro:	Hora:	Nome do Paciente:	Sexo:	Data de Entrada:
72.421	00:36	Leandro Bruno Lima	M	08.01.2018
Idade:	RG:	Orgão Emissor:	CPF:	Estado Civil:
32	7.336.803	SDS/PE	não possui	
Data de Nascimento:	Naturalidade:			
13.02.1985	poço Preto - PE			
Endereço:	Número:	Complemento:		
R:		Casa		
Cidade:	Bairro:	UF:	CEP:	
		PE		
SUS:	Profissão:			
não possui				
Nome da Mãe:	Nome do Pai:			
Maria Maria de Oliveira	Leandro Bruno Lima			
Nome do Responsável:	Telefone:			

PA: 118 x 80	PULSO: 92	FR: 21	HGT: 168	PESO: >	T (°C): -
SpO ₂ ambiente:	98%	SpO ₂ com O ₂ L/min:			
CLASSIFICAÇÃO: <input type="radio"/> VERMELHO <input type="radio"/> AMARELO <input type="radio"/> VERDE <input type="radio"/> AZUL ASSINATURA E CARIMBO:					

HDA: pit. alucinação vívida de queda de nota, incoerente por desorientado.

Hipertensão: () sim () não // Diabetes: () sim () não //

APP:

EXAME GERAL: R. sup. - sup. -	OROSCOPIA:
OTOSCOPIA:	NEUROLÓGICO:
ACV: R. R. IT. FC: 92 bpm	GLASGOW: (15)
AR: R. R. IT. M. R. R. IT. R. R. IT.	NUCA:
ABDOMEN:	PUPILAS:
MEMBROS:	PELE:

Diagnóstico

Provisório:

Alergias: () Sim: () Não

Conduta:

1. SF 2,9% 500ml EV 1x1 (1), (2)
2. Difusão - rep. - NO EV
3. Glicose 120mg/dl, glicose, creatinina, pt (1).

MÉDICO(CRM)

Raymond Cruz
CRM 25878

**SECRETARIA
DE SAÚDE
ENCAMINHAMENTO**

Prefeitura Municipal de
Toritama
A mudança começou.



1ª VIA - AO PACIENTE

Por não constituir caso para tratamento nesta unidade, estamos encaminhando o paciente:

NOME DO PACIENTE

Leandro Guerra Lins

REGISTRO Nº

72.421

IDADE

32

RESIDENTE

Toritama

PARA O HOSPITAL

HR - NEURO / TRAUMAT

SENHA Nº

5396759

ESCLARECE SE O MESMO É PORTADOR DE:

Act vítima de acidente de moto. Chegou ao serviço, trazido
pelo SAMU, consciente, porém desorientado e desorientado.
Foi estabilizado e realizou raio x de tórax, cervical,
bacia e pé (D) (por lesão importante). Constata fratura de
clavícula à direita e fratura óssea na cervical.

PA: 110 x 80 mmHg. FC: 90 bpm STO2 98% M.A.A.

Ref. 168. Neuro: pupilas isocólicas e fotorresistentes
MV(+) M.A.H. S/L.R.A.

Transferido por ambulância, em uso de SVO e boa diurese, STO2 98%
M.A.A. para avaliação da Traumatologia / Neuro
No Hosp. de Referência.

Grato,

DE ACORDO COM O MÉDICO

LOCAL

TORITAMA

DATA 08 / 01 / 18

ASSINATURA DO MÉDICO

Rayana Cruz
Médica
CRM 25878

OBS - Em caso de paciente menor de idade, anotar a filiação.

NOME DO PAI

NOME DA MÃE

81 3741.1811

Secretaria de Saúde de Toritama

CNPJ: 11.073.548/0001-88

Rua João Chagas, S/N - Centro

Toritama, Pernambuco, CEP 55125 000

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: LEANDRO BEZERRA LINS	PRONTUÁRIO: 1618456	ATENDIMENTO: 00917408
DATA DE NASCIMENTO: 13/02/1985	FOI ATENDIDO EM: 08/01/2018 Às	
	DATA DA ALTA: 16/01/2018 ÀS 14:55	

Diagnóstico Provável:

PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO X MOTO COM TRAUMA EM PE DIREITO, RESULTANDO EM FERIMENTO EXTENSO E LESÃO DE MECANISMO EXTENSOR DO HALUX + FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

CID: S969 + S819 + S420

Tratamento Realizado:

LIMPEZA E DESBRIDAMENTO CIRURGICO + ANTIBIOTICOTERAPIA VENOSA
IMOBILIZAÇÃO DE MSD

Observação:

TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA
AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES POR 90 DIAS
INICIAR FISIOTERAPIA PRECOCEMENTE
CURATIVO DIÁRIO EM UNIDADE BASICA DE SAÚDE (RETIRAR PONTOS DE SUTURA A PARTIR DE 25/01)
MANTER TIPOIA AMERICANA

Encaminhado para:

AMBULATORIO DE DR TIAGO JUSTO

Dr. José Vinícius Gomes dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 25516

JOSE VINICIUS G DOS SANTOS - CRM: Nº. 25516

Recife, 15, JANEIRO ,2018

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.





Toritama, 05 de Fevereiro de 2017.

Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima
Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 021/2018

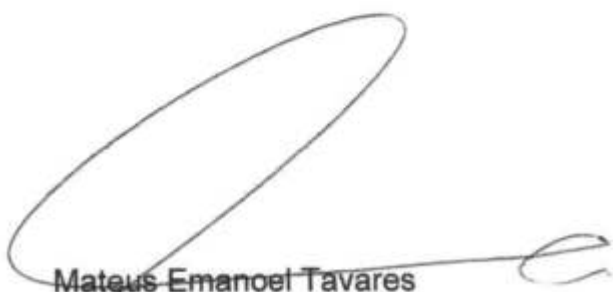
Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Para: **LEANDRO BEZERRA LINS**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor (a) **LEANDRO BEZERRA LINS** deu entrada nesta unidade como consta na ficha geral de emergência no registro nº 72.421, no dia 08/01/2018 foi atendido e em seguida sendo TRANSFERIDO.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,



Mateus Emanuel Tavares
Coordenador de Unidade de Saúde

Av. João Manoel da Silva ▪ Centro – Toritama - Pernambuco ▪
Telefone: 3741- 1192 ▪ E-mail – admhospitaltoritama@gmail.com
CNPJ: 11.073.548/0001-88 Fundo Municipal de Saúde de Toritama



HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

Neuro / Trauma

5336759 FICHA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Registro:	Hora:	Nome do Paciente:	Sexo:	Data de Entrada:
72.421	00:36	Leandro Bruno Lima	M	08.01.2018
Idade:	RG:	Órgão Emissor:	CPF:	Estado Civil:
32	7.336.803	SDS/PE	não possui	
Data de Nascimento:	Naturalidade:			
13.02.1985	poço Preto - PE			
Endereço:	Número:	Complemento:		
R:		Casa		
Cidade:	Bairro:	UF:	CEP:	
		PE		
SUS:	Profissão:			
não possui				
Nome da Mãe:	Nome do Pai:			
Mônica Maria de Oliveira	Leandro Bruno Lima			
Nome do Responsável:	Telefone:			

PA: 118 x 80	PULSO: 92	FR: 21	HGT: 168	PESO: >	T (°C): -
SpO ₂ ambiente:	98%	SpO ₂ com O ₂ L/min:			
CLASSIFICAÇÃO: <input type="radio"/> VERMELHO <input type="radio"/> AMARELO <input type="radio"/> VERDE <input type="radio"/> AZUL ASSINATURA E CARIMBO:					

HDA: pit. alucinação visual de queda de nota, incoerente por desorientado.

Hipertensão: () sim () não // Diabetes: () sim () não //

APP:

EXAME GERAL: R. sup. - sup. -	OROSCOPIA:
OTOSCOPIA:	NEUROLÓGICO:
ACV: R. R. IT. F. 12 90 bpm	GLASGOW: (15)
AR: R. R. IT. F. 12 90 bpm	NUCA:
ABDOMEN:	PUPILAS:
MEMBROS:	PELE:

Diagnóstico

Provisório:

Alergias: () Sim: () Não

Conduta:

1. 5F 2,9% 500ml EV 12h (1), (2)
2. Diferença de pressão = 10 mmHg
3. Glicose 120mg/dl, glicose, creatinina, pt (1).

MÉDICO(CRM)

Raymundo Cruz
CRM 25878

**SECRETARIA
DE SAÚDE
ENCAMINHAMENTO**

Prefeitura Municipal de
Toritama
A mudança começou.



1ª VIA - AO PACIENTE

Por não constituir caso para tratamento nesta unidade, estamos encaminhando o paciente:

NOME DO PACIENTE

Leandro Guerra Lins

REGISTRO Nº

72.421

IDADE

32

RESIDENTE

Toritama

PARA O HOSPITAL

HR - NEURO / TRAUMAT

SENHA Nº

5396759

ESCLARECE SE O MESMO É PORTADOR DE:

Act vítima de acidente de moto. Chegou ao serviço, trazido
pelo SAMU, consciente, porém desorientado e desorientado.
Foi estabilizado e realizou raio x de tórax, cervical,
bacia e pé (D) (por lesão importante). Constata fratura de
clavícula à direita e fratura óssea na cervical.

PA: 110 x 80 mmHg. FC: 90 bpm SAT 98% M.A.A.

Ref. 168. Neuro: pupilas isocólicas e reagentes
MVE M AHT S/RD.

Transferido por ambulância, em uso de SVO e boa diurese, SAT 98%
M.A.A. para avaliação da traumatologia / Neuro
no Hosp. de Referência.

Grato,

DE ACORDO COM O MÉDICO

LOCAL

TORITAMA

DATA 08 / 01 / 18

ASSINATURA DO MÉDICO

Rayana Cruz
Médica
CRM 25878

OBS - Em caso de paciente menor de idade, anotar a filiação.

NOME DO PAI

NOME DA MÃE

81 3741.1811

Secretaria de Saúde de Toritama

CNPJ: 11.073.548/0001-88

Rua João Chagas, S/N - Centro

Toritama, Pernambuco, CEP 55125 000

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: LEANDRO BEZERRA LINS	PRONTUÁRIO: 1618456	ATENDIMENTO: 00917408
DATA DE NASCIMENTO: 13/02/1985	FOI ATENDIDO EM: 08/01/2018 Às	
	DATA DA ALTA: 16/01/2018 ÀS 14:55	

Diagnóstico Provável:

PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO X MOTO COM TRAUMA EM PE DIREITO, RESULTANDO EM FERIMENTO EXTENSO E LESÃO DE MECANISMO EXTENSOR DO HALUX + FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

CID: S969 + S819 + S420

Tratamento Realizado:

LIMPEZA E DESBRIDAMENTO CIRURGICO + ANTIBIOTICOTERAPIA VENOSA
IMOBILIZAÇÃO DE MSD

Observação:

TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA
AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES POR 90 DIAS
INICIAR FISIOTERAPIA PRECOCEMENTE
CURATIVO DIÁRIO EM UNIDADE BASICA DE SAÚDE (RETIRAR PONTOS DE SUTURA A PARTIR DE 25/01)
MANTER TIPOIA AMERICANA

Encaminhado para:

AMBULATORIO DE DR TIAGO JUSTO

Dr. José Vinícius Gomes dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 25516

JOSE VINICIUS G DOS SANTOS - CRM: Nº. 25516

Recife, 15, JANEIRO ,2018

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E TÍTULOS PÚBLICOS

07R-02




Leandro Bezerra Lins
ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.336.803 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/02/2003

NOME << LEANDRO BEZERRA LINS >>

FILIAÇÃO << ARLINDO BEZERRA LINS >>
<< ZILDA MARIA DE OLIVEIRA >>

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
ÁGUA PRETA PE 13/02/1985

DOC ORDEM
<< CN 10734 L A 11 F 238 CART. DE ÁGUA PRETA-PE
24/09/1985 >>

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-05 44558

CAIXA
POUPANÇA



4392 6719 1644 6152

LEANDRO BEZERRA LINS
2551 013 00035905-3 10/24

VISA
Electron

Valid only in Brazil - Válido apenas no Brasil

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

054.522.714-30

Nome
LEANDRO BEZERRA LINS

Nascimento
13/02/1985



VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1219484604

PAÍS EMISSOR
1219484604

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
NOME		
EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES		
DOC. IDENTIDADE / CND. EMISSOR / UF		
3092028 SSP PE		
CPF	DATA NASCIMENTO	
574.848.534-60	04/06/1968	
FUNÇÃO		
AMARO FERNANDES DE		
OLIVEIRA SOBRINHO		
DALVANI COSTA DE		
ALBUQUERQUE FERNANDES		
PERMISSÃO	ACC	CAT. HAB.
		3D
Nº REGISTRO	VALIDADE	Nº HABILITAÇÃO
01410703208	15/12/2020	25/09/1986
OBSERVAÇÕES		
A		
LOCAL		
SANTA CRUZ DO CAPIBARIPE - PE		
DATA EMISSÃO		
16/12/2015		
ASSINATURA DO TITULAR		
47587078281		
PE070298467		
DETRAN - PE (PEH/AN/RECOPI)		

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E VARIAS PUBLICAS

07R-02




Leandro Bezerra Lins
ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.336.803 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/02/2003

NOME << LEANDRO BEZERRA LINS >>

FILIAÇÃO << ARLINDO BEZERRA LINS >>
<< ZILDA MARIA DE OLIVEIRA >>

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
ÁGUA PRETA PE 13/02/1985

DOC ORDEM
<< CN 10734 L A 11 F 238 CART. DE ÁGUA PRETA-PE
24/09/1985 >>

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-05 44558

CAIXA
POUPANÇA



4392 6719 1644 6152

LEANDRO BEZERRA LINS
2551 013 00035905-3 10/24

VISA
Electron

Valid only in Brazil - Válido apenas no Brasil

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

054.522.714-30

Nome
LEANDRO BEZERRA LINS

Nascimento
13/02/1985



VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1219484604

PAÍS EMISSOR
1219484604

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO			
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
NOME EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES			
	DOC. IDENTIDADE / CND. EMISSOR / UF 3092028 SSP PE		
	CPF 574.848.534-60	DATA NASCIMENTO 04/06/1968	
	FUNÇÃO AMARO FERNANDES DE OLIVEIRA SOBRINHO DALVANI COSTA DE ALBUQUERQUE FERNANDES		
	PERMISSÃO []	ACC []	CAT. HAB. A.D
Nº REGISTRO 01410703208		VALIDADE 15/12/2020	Nº HABILITAÇÃO 25/09/1986
OBSERVAÇÕES A			
 ASSINATURA DO TITULAR			
LOCAL SANTA CRUZ DO CAPIBARIPE - PE		DATA EMISSÃO 16/12/2015	
 ASSINATURA DO EMISOR			
47587078281 PE070298467			
DETRAN - PE (PEH/AN/RECOPI)			